



## FORMULARIO DE DONACIÓN

Rellena este formulario para efectuar su donación  
\* Campos obligatorios

### PERSONA FÍSICA

(Rellenar según la donación proceda de particular o de empresa)

Nombre (*)		Primer Apellido (*)				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Segundo apellido (*)		Sexo (Mujer, Hombre, Otros)		M	H	Otros
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento de identificación NIE/NIF/DNI (*)		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) (*)				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Teléfono móvil (*)		email (*)				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Nacionalidad		Lugar de nacimiento (ciudad y país)				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Dirección (*)		Nº(*)	Esclera	Piso	Letra	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código Postal (*)	Localidad (*)	Provincia (*)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

### PERSONA JURÍDICA

Nombre de la empresa		Identificación fiscal CIF			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Domicilio <b>FISCAL</b> (*)		Número	Escalera	Piso	Letra
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal (*)	Localidad (*)	Provincia (*)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Domicilio <b>POSTAL</b> (*)		Número	Escalera	Piso	Letra
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código Postal (*)	Localidad (*)	Provincia (*)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

### Representante Legal

Nombre (*)		Primer Apellido (*)				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Segundo apellido (*)		Sexo (Mujer, Hombre, Otros)		M	H	Otros
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento de identificación NIE/NIF/DNI (*)		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) (*)				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Teléfono móvil (*)		email (*)				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				

### DONACIÓN

Pago por transferencia:		ES22 0234 0001 0420 3865 1622			
<small>Se requiere enviar justificante de transferencia a afiliacion@sindicato-mediacion.org</small>					
Domiciliación bancaria (*)		IBAN/ Número de cuenta			
ES-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domiciliación bancaria		Puntual	Trimestral	Semestral	Anual
Consignar Cantidades deseadas		€	€	€	€

A partir de 2024 la cuota anual se cargará en el mes de enero de 2024

Autorizo a SINMECO a efectuar adeudos en la C/C	<input type="checkbox"/>
Acepto la política de protección de datos (*)	<input type="checkbox"/>
Deseo suscribirme a las comunicaciones	<input type="checkbox"/>

Firmado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_