



SOLICITUD ALTA / RENOVACIÓN TARJETA COYSALUD

ALTA

RENOVACIÓN

Apellidos: _____

Nombre: _____

DNI: _____

En mi condición de afiliado/a al SINDICATO ANDALUZ DE FUNCIONARIOS, autorizo el cargo de 12 euros en mi cuenta bancaria, correspondientes a la cuota anual de expedición de la tarjeta sanitaria **COYSALUD**.

Acepto los términos y condiciones en protección de datos (Marque con una 'X' en caso de conformidad)

De conformidad con el Reglamento Europeo de la U.E. 2016/679, sobre Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero automatizado cuyo responsable del tratamiento es el Sindicato Andaluz de Funcionarios con la finalidad de poder gestionar la expedición de su tarjeta de salud. Para ello necesitamos su nombre, apellidos y dni. En caso de no aceptar los términos y condiciones de la protección de datos no podremos gestionar su solicitud.

Sus datos serán **cedidos** a COYSALUD con domicilio: C/ Virgen de Loreto, 3, Local 2. C.P. 41011, Sevilla para realizar la expedición la tarjeta sanitaria anual, según el Acuerdo que el Sindicato Andaluz de Funcionarios tiene suscrito con COYSALUD. Además le informamos que sus datos serán almacenados por un periodo de 5 años desde la fecha de su solicitud.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad a través de correo postal aportando fotocopia del DNI o documento equivalente a Sindicato Andaluz de Funcionarios, C/ Muñoz Olive nº 1, casa 1, planta 2a. Módulo 18, C.P. 41001 Sevilla o a través de email en la dirección de correo lopd@sindicatosaf.es

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____