**MELILLA**



**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A la atención del Sr. Director Gerente de Atención Sanitaria de Melilla

Área de Salud de Melilla. Atención Especializada.

Mediante esta carta les ruego, salvo orden en sentido contrario, atiendan las cuotas que el sindicato Confederación Estatal de Sindicatos Médicos CESM- Melilla, al cual pertenezco, les presente a partir de la fecha arriba señalada, para que me sean descontadas de mi nómina mensual.

La cantidad actual que corresponde a mi cuota mensual es de 10 euros al mes.

Atentamente:

Fdo (nombre completo en mayúsculas)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico (Legible): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_