

C/ Obispo Manrique, 3. 1° Of. 4

24004 LEÓN CIF: F-24441289

SOLICITUD NUEVO ASOCIADO (RELLENAR EN MAYÚSCULAS)

NOMBRE Y APELLIDOS:

DOMICILIO:		•••••	•••••			
C.P.	POBLACIÓN:					
PROVINCIA:	TFNO	S:				
CORREO ELEO	CTRÓNICO:					
ESTADO CIVII	.: NÚ I	MERO DE HI	JOS:			
NÚMERO CUE	NTA BANCARIA (IBAN)					
FECHA PARA I	EL ALTA:					
PRODUCTOS Q	QUE COMERCIALIZA:					
		(Alimentación, textil, calzado., etc.)				
	DECLARACIÓN.	JURADA				
D/D^a .		con DNI nº:	declara que			
efectúa la activida	nd profesional en los siguientes d	ías y localidad	es:			
DÍA	LOCALIDAD		PROVINCIA			
LUNES						
MARTES						
MIÉRCOLES						
JUEVES						
VIERNES						
SÁBADO						
DOMINGO						
	conste, a los efectos oportunos, a de dos mil	_				

Firma:

DOCUMENTACIÓN PARA ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD

- > Fotocopia DNI y Tarjeta Seguridad Social
- Contrato, adjunto, cubierto y firmado.
- Dos fotografías tamaño carné.
- ➤ Justificante de haber realizado el abono del alta en VENDAM SDAD. COOP.
- > Certificado de Vida Laboral, solicitada en la Seguridad Social.



C/ Obispo Manrique, 3. 1° Of. 4 24004 LEÓN CIF: F-24441289

En León, a de de

REUNIDOS:

De una parte, D^a M^a del Camino García Alonso, en nombre y representación de la *SOCIEDAD COOPERATIVA VENDAM*, con C.I.F: F-24441289 y domicilio en la C/ Obispo Manrique, 3. 1º Of. 4 de 24004 de León, en adelante el contratante.

De otra parte D/D^a con D.N.I. núm. , quien actúa en su propio nombre, con domicilio en , en adelante el contratado.

Ambas partes se reconocen capacidad legal suficiente,

MANIFIESTAN:

Que D/D^a. , desea pertenecer como Socio Trabajador a la SOCIEDAD COOPERATIVA VENDAM en el marco de la actividad profesional de la misma, de acuerdo a las siguientes,

ESTIPULACIONES:

Primera. El contratante se compromete a prestar servicios al contratado, en régimen de contratación laboral, con arreglo a la legislación vigente.

Segunda. El contratado abonará al contratante en el momento de causar alta en la Sociedad la Cuota de Alta y la Cuota mensual establecida. A tal efecto se compromete a comunicar a la Sociedad una entidad bancaria en la cual se domiciliarán los recibos de cuotas.

Tercera. El impago de dos Cuotas consecutivas o sus correspondientes devoluciones bancarias llevarán la baja en la Cooperativa como socio de la misma.

Cuarta. El contratado asumirá los gastos correspondientes de devolución bancaria de recibos de Cuotas si esta se produjera así como cualquier otro gasto que por este concepto se devengara.

Quinta. El contratado, no podrá efectuar compras aplazadas por cuenta de la Sociedad. Dichas compras habrán de efectuarse al contado, salvo acuerdo en contrario, y previa autorización del Consejo Rector que habrá de ser personal y por escrito

Sexta. El contratado se compromete a acatar los Estatutos de la Cooperativa, su Contrato Laboral en el marco de la legislación vigente en la materia y cualesquiera otras normas de Régimen Interno que pudieran dictarse.

Y en prueba de conformidad por ambas partes, se firma el presente Contrato, por duplicado en el lugar y fecha arriba indicados.

VENDAM SDAD. COOP.;

EL CONTRATADO;





FR.103

Registro de presentación	Registro de entrada	

AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR EN REPRESENTACIÓN DE UN AFILIADO (NAF) EN EL ÁMBITO **DEL SISTEMA RED***

* Sólo cuando el NIF de la autorización no coincida con el del NAF a asignar. Cuando el NIF de la autorización coincida con el del NAF a asignar será necesario cumplimentar el formulario FR.104.

1. DATOS DEL AFILIADO A REPRI	1. DATOS DEL AFILIADO A REPRESENTAR							
NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE AFILIACIÓN							
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF								
Datos de Contacto								
CORREO ELECTRÓNICO*	TELÉFONO MÓVIL*							
* Este campo se utilizará para comunicacione:	s entre la Seguridad Social y el afiliado.							
─ Datos de Representación (en su case	o) ————————————————————————————————————							
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTAN	ITE DEL AFILIADO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)					
Según los términos y condiciones establecidos en el artículo 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,								
AUTORIZA a los usuarios de la Autorización de la TGSS número:								
 Hacer uso del Sistema RED, respecto a los trámites recogidos en la normativa reguladora de este Sistema Asignar a la autorización aquellos CCCs de empresario individual que se inscriban a través del Sistema RED con este NIF 								
En el caso de que el NAF sin estar obligado a incorporarse al Sistema RED, solicite adherirse voluntariamente al mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3.2.b de la Orden ESS/485/2013 de 26 de marzo quedará obligado a recibir por medios electrónicos las notificaciones y comunicaciones que en el ejercicio de sus competencias les dirija la administración de la Seguridad Social, en tanto se mantenga su incorporación al citado Sistema.								
Las notificaciones y comunicaciones electrónicas en los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la citada Orden, se pondrán a disposición, tanto del sujeto responsable obligado a recibirlas, como del autorizado que en cada momento tenga asignada la gestión en el Sistema RED del Código de Cuenta de Cotización principal de aquél o, en su defecto, del autorizado que tenga asignado, en su caso, el número de Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos obligados a incorporarse a dicho Sistema, en los términos previstos en la Orden ESS/484/2013, de 26 de marzo reguladora del mismo. Como excepción, los sujetos responsables podrán optar porque las notificaciones y comunicaciones electrónicas a ellos dirigidas se pongan exclusivamente a su disposición o también a la de un tercero a quien haya otorgado su representación (artículo 4 de la Orden ESS/485/2013 de 26 de marzo).								
En el caso de que actualmente este afiliado sea gestionado por otra autorización RED, la cumplimentación del presente formulario implica su voluntad expresa de RESCINDIR su NAF de dicha autorización.								
2. DATOS DE LA AUTORIZACIÓN								
RAZÓN SOCIAL/NOMBRE Y APELLIDOS VENDAM, S. COOP.		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF) F24441289						
ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD. DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TGSS DE:								
AFILIADO O REPR	ESENTANTE	USUAI	USUARIO PRINCIPAL O REPRESENTANTE DE LA AUTORIZACIÓN					
Lugar: FIRMA:	Fecha:	Lugar: FIRMA:		Fecha:				

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR

• Documento identificativo del afiliado y, en el caso de representación, además acreditación documental de la representación de la persona que formula la solicitud así como su documento identificativo.

NOMBRE Y APELLIDOS:

PROTECCIÓN DE DATOS.- A los efectos previstos en el articulo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (B.O.E del 14-12-1999) de protección de datos de carácter personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo, serán incorporados al Fichero General de Afiliación, regulado por la Orden de 27-07-1994, modificados por la Orden de 26-03-1999.

Respecto de los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en dicha Ley Orgánica 15/1999.