

Demande d'adhésion 2016

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Nom (Docteur) Prénom

Adresse

Complément d'adresse.....

Code postal..... Commune.....

Ligne directe de bureau..... N° Siret (obligatoire).....

Tél. domicile..... Portable.....

E-mail.....

ETABLISSEMENT

Profession..... Fonction.....

Etablissement..... Date d'entrée.....

Service.....

Adresse.....

Complément d'adresse.....

Code postal..... Commune.....

Nbre de salariés..... Nom du Délégué Syndical (le cas échéant).....

EMPLOYEUR

Employeur.....

Adresse

Complément d'adresse.....

Code postal..... Commune.....

OPCA (par ex. UNIFAF, ACTALIANS, ANFH).....

Caisse Retraite..... Caisse Retraite Cadre.....

CONVENTIONS COLLECTIVES ou STATUTS D'APPARTENANCE

UCANSS : FEHAP : CCU : CROIX ROUGE : AUTRE :

Tarif des cotisations 2016

- TEMPS PLEIN = 187 €
 - TEMPS PARTIEL = 161 €
 - RETRAITE = 109 €
 - NOUVELLE ADHESION = 122 €
- Demande son adhésion au SYMHOSPRIV et verse la somme de :€
Modalité de paiement : par chèque bancaire à l'ordre du SYMHOSPRIV CFE-CGC

SYMHOSSPRIV CFE-CGC

39, rue Victor Massé - 75009 PARIS

Tél. : 01 48 78 80 41

Télécopie : 01 40 82 98 95

www.symhospriv.org

unms@cfecgc-santesocial.fr

L'adhésion au Syndicat ouvre droit à un abatement fiscal de 66% de la cotisation, sous forme de crédit d'impôt. Cette réduction s'applique bien à l'impôt et non au revenu imposable.

A, le

signature