



SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS ET PRATICIENS SALARIÉS DES HÔPITAUX
ET ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF ET À BUT LUCRATIF

Demande d'adhésion 2016

Nom (Docteur) : **Prénom :**
Date de naissance
Adresse personnelle
.....
.....
Tél. personnel Portable :
Tél. professionnel :
Courriel @

ETABLISSEMENT

Spécialité
Fonction
Service
Date d'entrée
Etablissement
Adresse
.....
Nombre de salariés.....
Nom du délégué syndical (le cas échéant) :

EMPLOYEUR

Employeur
Adresse
.....
OPCA (par ex. UNIFAF, ACTALIANS, ANFH) :
Caisse retraite..... Caisse retraite cadre :

CONVENTION COLLECTIVE OU STATUTS D'APPARTENANCE

UCANSS FEHAP CCU CROIX ROUGE AUTRE :

Tarif des cotisations 2016 (*) :

• Temps plein	183 €
• Temps partiel	161 €
• Retraité	109 €
• Nouvelle adhésion	118 €

SYMHOSPRIV CFE-CGC

39, rue Victor Massé - 75009 PARIS
Tél. : 01 48 78 80 41
www.symhospriv.org
unms@cfecgc-santesocial.fr

(*) L'adhésion au syndicat ouvre droit à un abattement fiscal de 66% de la cotisation, sous forme de crédit d'impôt. Cette réduction s'applique à l'impôt et non au revenu imposable.

Demande son adhésion au SYMHOSPRIV et verse la somme de :€
(par chèque bancaire à l'ordre du SYMHOSPRIV CFE-CGC)

A : le : Signature