



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 2017

**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 2017 (\*) :

• Temps plein	187 €
• Temps partiel	161 €
• Retraité	109 €
• Nouvelle adhésion	122 €

#### SYMHOSPRIV CFE-CGC

39, rue Victor Massé - 75009 PARIS

Tél. : 01 48 78 80 41

[www.symhospriv.org](http://www.symhospriv.org)

[unms@cfecgc-santesocial.fr](mailto: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