



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

Adhésion 2018

Nom (Docteur) : Prénom :
 Date de naissance
 Adresse personnelle

 Tél. personnel Portable :
 Tél. professionnel :
 Courriel @

ETABLISSEMENT

Spécialité
 Fonction
 Service
 Date d'entrée
 Etablissement
 Adresse

 N° SIRET
 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 2018 (*) : • Temps plein 190 € • Temps partiel 164 € • Retraité 112 € • Nouvelle adhésion 125 €	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