

BULLETIN D'ADHESION ANNEE 2024



Informations
Personnelles*

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : __ / __ / ____

Adresse personnelle :

Téléphone Portable :

Email

(majuscules) : _____

*Les données recueillies ci-dessus sont traitées par notre trésorier et transmises au président de la section locale à laquelle vous êtes attachés, confidentielles elles peuvent être modifiées, et effacées à votre demande.

Informations
Professionnelles

STATUT

Titulaire Contractuel(le) Stagiaire Retraité(e)

Métier : _____ Grade : _____

EMPLOYEUR

Etablissement ou agence : _____ Adresse : _____

Adhésion

BAREME DE COTISATION : 96 euros/an pour tous

Si vous adhérez pour la première fois

96 € janvier à décembre 72 € d'avril à décembre

48 € juillet à décembre 24 € d'octobre à décembre

Retraité(e) : 75 € Étudiants : 35 € Donateur : ____

MODALITES DE PAIEMENT Paiement par CB sur le site

Prélèvement* : annuel semestriel trimestriel

*Mandat SEPA à demander par mail au trésorier



Rappel : la cotisation syndicale est due pour l'année et déductible des impôts à hauteur de 66%

Virement*

*RIB à demander par mail au trésorier

Chèque à l'ordre du trésorier Acteurs Santé à expédier à :

Syndicat Acteurs Santé CFE-CGC

CH de MANTES LA JOLIE

Rodolphe DRUART – Trésorier

2 boulevard SULLY

78200 MANTES LA JOLIE

Fait à _____

Le _____

Signature obligatoire

Trésorier Acteurs Santé CFE CGC

Rodolphe DRUART

Mail : tresorier@acteurs-sante.org

Tel : 06 49 40 75 47