

Date de naissance		
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Dr <b>NOM</b> <b>Prénom</b>		
Adresse		
Complément d'adresse		
Code Postal	Commune	
Tél. perso	Portable	
E-mail		
Tél. prof		<b>N° Siret</b> <span style="float: right;"><i>(obligatoire)</i></span>
Profession		Fonction
Statut	<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Agent de maîtrise <input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)	
<b>ETABLISSEMENT</b>		Date d'entrée
Service		
Adresse		
Code postal	Commune	
Nbre de salariés	Nom du DS CFE-CGC ( <i>le cas échéant</i> )	
<b>EMPLOYEUR</b>		
Adresse		
Code Postal	Commune	
<input type="checkbox"/> OPCO Santé <input type="checkbox"/> OPCO Cohésion sociale		Caisse retraite Caisse retraite cadre
<b>CONVENTIONS COLLECTIVES ou STATUTS D'APPARTENANCE</b>		<i>(entourer le numéro correspondant - obligatoire)</i>
0 - Retraite 1 - FEHAP (c.c. du 31/10/1951) 2 - FHP (c.c. du 18/04/2002) 3 - Etablissements pour Personnes Inadaptées et Handicapées (c.c. du 15/03/1966) 4 - Laboratoires d'Analyses Médicales Extra Hospitaliers (c.c. du 3/02/1978) 5 - Centres de Lutte Contre le Cancer (c.c. du 1/01/1999) 6 - Thermalisme (c.c. du 18/10/1999) 7 - Convention Collective du 26/08/1965		8 - Cabinets Médicaux (c.c. du 14/01/1981) 9 - Croix-Rouge Française (c.c. de 1986) 10 - Cabinets Dentaires (c.c. du 17/01/1992) 11 - Prothésistes Dentaires (c.c. du 18/12/1978) 12 - Etablissements Français du Sang 13 - Missions Locales et PAIO (c.c. du 21/02/2001) 14 - Divers (à préciser) : 15 - Sans Convention Collective 16 - Mutualité (c.c. du 31/01/2000) 17 - Chômage 18 - Animation (c.c. du 28/06/1988) 19 - Centres d'Hébergement (Accords SOP-CHRS) 20 - Médecine du Travail 21 - Centres Sociaux et Socio-Culturels (c.c. du 4/06/1983) (ALISFA) 22 - Organismes de Sécurité Sociale 23 - Services Sociaux d'Entreprise 24 - Adoma 25 - Foyers de Jeunes Travailleurs 26 - Fonction Publique d'État 27 - Fonction Publique Territoriale 28 - Fonction Publique Hospitalière 29 - Aide à Domicile

A ..... le ..... Signature :

**p. 1**

## Tarif des cotisations

Cotisation actif .....	<b>168 €</b>
Cotisation retraité / demandeur d'emploi .....	<b>132 €</b>

**A noter : Le paiement d'une cotisation syndicale ouvre droit  
à un crédit d'impôt égal à 66 % du montant versé**  
(hors salariés ayant choisi la déduction de leurs frais réels)



Coût réel de votre adhésion :

**Actif = 57,12 € Retraité/demandeur d'emploi = 44,88 €**

*Demande d'adhésion à retourner complétée et signée  
page 1 et page 2  
à l'adresse ci-contre*

*accompagnée d'un chèque à l'ordre de CFE-CGC SMS  
ou  
du formulaire SEPA + RIB (prélèvement  
trimestriel au : 15/03 - 15/06 - 15/09 et 15/12/2026)*

**CFE-CGC SMS  
39 rue Victor Massé  
75009 PARIS**

Tél. : 01 48 78 80 38  
sms@cfecgc-santesocial.fr

### Mentions légales relatives à l'adhésion et à la protection des données personnelles de l'adhérent

Les données collectées vont servir à la réalisation de nos activités syndicales y compris administratives (fichiers adhérents, inscription aux formations, tenue de réunions/colloques/événements, cotisations...). La base légale de leur traitement est l'intérêt légitime, car elles nous permettent de mettre en œuvre nos activités syndicales au service de nos adhérents, mais aussi de l'ensemble des salariés conformément à la notion de représentativité syndicale. Le recueil de ces données est obligatoire, notamment en ce qu'elles nous permettent d'animer notre réseau syndical sans quoi il nous serait impossible de mener à bien notre activité et de procéder à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatisé, éventuellement à l'aide d'un sous-traitant moyennant les garanties appropriées, et ne sont pas commercialisées. Nous les conservons en base active tout au long de l'adhésion, puis pendant deux ans à compter de la perte de qualité d'adhérent. Intervient ensuite leur archivage intermédiaire pour une durée de trois ans. Elles sont alors détruites. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et à la limitation du traitement en nous écrivant à l'adresse ci-dessus mentionnée dans l'encadré ou par mail. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

En adhérant, j'accepte que mes données personnelles et syndicales soient communiquées aux structures d'affiliation CFE-CGC (syndicales, fédérales et confédérales) afin de permettre la réalisation de nos activités syndicales et d'administration interne (fichiers adhérents, inscription aux formations, colloques/événements, état des paiements de cotisations...).

**Dater, écrire la mention « lu et approuvé » et signer**

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Mandat de  
prélèvement SEPA**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat de la Santé, de la Médecine et de l'action Sociale :

**CFE-CGC SMS**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions du syndicat CFE-CGC SMS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée **dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.**



Référence unique du mandat (RUM)		Identifiant créancier SEPA (ICS)		FR78ZZZ003553	
<b>Débiteur</b>			<b>Créancier</b>		
<b>NOM Prénom</b>				<b>NOM</b>	<b>CFE-CGC SMS</b>
<b>Adresse</b>				<b>Adresse</b>	<b>39 RUE VICTOR MASSÉ</b>
<b>Code Postal</b>		<b>Ville</b>			
			<b>Code Postal</b>	<b>75009</b>	<b>Ville</b>
<b>Pays</b>	<b>FRANCE</b>			<b>Pays</b>	<b>FRANCE</b>

Coordonnées de votre compte bancaire :

**IBAN** [REDACTED]

**BIC** [REDACTED]

Paiement  Récurrent/répétitif  **Trimestriel**

<b>A :</b> _____ <b>le :</b> _____	<b>NB : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</b>
<b>Signature :</b> _____	

► Veuillez compléter les **champs obligatoires indiqués en rouge**  
dater - signer et retourner ce mandat - accompagné d'un RIB - par courrier ou par mail à :

**CFE-CGC SMS - 39 rue Victor Massé - 75009 PARIS / sms@cfecgc-santesocial.fr**