Le Syndicat CFE CGC SMS
Santé - Médecine - Action Sociale

Demande d'adhésion
SMS / 2026

Date de naissance		
☐ Mme ☐ M. ☐ Dr	**NOM**	**Prénom**
Adresse		
Complément d'adresse		
Code Postal	Commune	
Tél. perso	Portable	
E-mail		
Tél. prof	N° Siret *(obligatoire)*	
Profession	Fonction	
Statut	☐ Cadre ☐ Agent de maîtrise ☐ Technicien ☐ Autre *(à préciser)*	
ETABLISSEMENT		Date d'entrée
Service		
Adresse		
Code postal	Commune	
Nbre de salariés	Nom du DS CFE-CGC *(le cas échéant)*	
EMPLOYEUR		
Adresse		
Code Postal	Commune	
☐ OPCO Santé ☐ OPCO Cohésion sociale	Caisse retraite	Caisse retraite cadre

CONVENTIONS COLLECTIVES ou STATUTS D'APPARTENANCE

(entourer le numéro correspondant - obligatoire)

0 - Retraite	**8** - Cabinets Médicaux (c.c. du 14/01/1981)	**19** - Centres d'Hébergement (Accords SOP-CHRS)
1 - FEHAP (c.c. du 31/10/1951)	**9** - Croix-Rouge Française (c.c. de 1986)	**20** - Médecine du Travail
2 - FHP (c.c. du 18/04/2002)	**10** - Cabinets Dentaires (c.c. du 17/01/1992)	**21** - Centres Sociaux et Socio-Culturels (c.c. du 4/06/1983) (ALISFA)
3 - Etablissements pour Personnes Inadaptées et Handicapées (c.c. du 15/03/1966)	**11** - Prothésistes Dentaires (c.c. du 18/12/1978)	**22** - Organismes de Sécurité Sociale
4 - Laboratoires d'Analyses Médicales Extra Hospitaliers (c.c. du 3/02/1978)	**12** - Etablissements Français du Sang	**23** - Services Sociaux d'Entreprise
5 - Centres de Lutte Contre le Cancer (c.c. du 1/01/1999)	**13** - Missions Locales et PAIO (c.c.du 21/02/2001)	**24** - Adoma
6 - Thermalisme (c.c. du 18/10/1999)	**14** - Divers (à préciser) :	**25** - Foyers de Jeunes Travailleurs
7 - Convention Collective du 26/08/1965	**15** - Sans Convention Collective	**26** - Fonction Publique d'État
	16 - Mutualité (c.c. du 31/01/2000)	**27** - Fonction Publique Territoriale
	17 - Chômage	**28** - Fonction Publique Hospitalière
	18 - Animation (c.c. du 28/06/1988)	**29** - Aide à Domicile

A …… le …….. Signature :

CFE-CGC SMS - 21, square Saint-Charles - 75012 PARIS - Tél : 01 48 78 80 38 - sms@cfecgc-santesocial.fr - https://www.smscfecgc.com/

Le Syndicat CFE CGC SMS
Santé - Médecine - Action Sociale

Demande d'adhésion SMS / 2026

Tarif des cotisations 2026

Cotisation actif ..... **168 €**

Cotisation retraité / demandeur d'emploi ..... **132 €**

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
21 square Saint-Charles
75012 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/évènements, 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/évènements, 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**

Débiteur				**Créancier**			
NOM Prénom				NOM	**CFE-CGC SMS**		
Adresse				Adresse	**21 SQUARE SAINT CHARLES**		
Code Postal		**Ville**		Code Postal	**75012**	Ville	**PARIS**
Pays	**FRANCE**			Pays	**FRANCE**		

Coordonnées de votre compte bancaire :

IBAN																														

BIC										

Paiement ☒ Récurrent/répétitif ☒ **Trimestriel**

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

▶ 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 - 21 Square Saint-Charles - 75012 PARIS / sms@cfecgc-santesocial.fr