



N° SYNDICAT	
N° ADHERENT	

DEMANDE D'ADHESION
(remplir en lettres capitales)

<input type="checkbox"/> Mlle, <input type="checkbox"/> Mme, <input type="checkbox"/> M.	NOM	Prénom
Adresse		
Code Postal	Commune	
Date de naissance	Tél. personnel	
Profession	Portable	
Fonction	Mail	
ETABLISSEMENT		année d'entrée
Adresse		
Tél.	Nombre de Salariés	Service
Siret		
EMPLOYEUR		
Adresse		
OPCA		
Caisse Retraite Cadres/Caisse Retraite complémentaire		

CONVENTIONS COLLECTIVES ou STATUTS D'APPARTENANCE (entourer le nombre correspondant)

0- Retraite 1- F.E.H.A.P. (c.c. du 31/10/1951) 2- F.H.P. (c.c. du 18/4/2002) 3- Etablissements pour inadaptés et handicapés (c.c. du 15/3/1966) 4- Laboratoires d'Analyses Médicales extra hospitaliers (c.c. du 3/2/1978) 5- Centres de Lutte Contre le Cancer (c.c. du 1/1/1999) 6- Thermalisme (c.c. du 18/10/1999) 7- Convention Collective du 26/8/1965 8- Cabinets Médicaux (c.c. du 14/1/1981) 9- Croix Rouge Française (c.c. de 1986) 10- Cabinets dentaires (c.c. du 17/1/1992) 11- Prothésistes Dentaires (c.c. du 18/12/1978) 12- Etablissements Français du Sang 13- Missions locales et P.A.I.O. (c.c. du 21/2/2001) 14- Divers (à préciser) :	15- Sans convention collective 16- Mutualité (c.c. du 31/1/2000) 17- Chômage 18- Animation (c.c. du 28/6/1988) 19- Centres d'Hébergement (Accords SOP-CHRS) 20- Médecine du Travail 21- Centres sociaux et socio-culturels (c.c. du 4/6/1983) 22- Organismes de Sécurité Sociale 23- Services sociaux d'entreprise 24- SONACOTRA 25- Foyers de Jeunes Travailleurs 26- Fonction Publique d'ETAT 27- Fonction Publique TERRITORIALE 28- Fonction Publique HOSPITALIERE 29- Aide à Domicile
---	---

A _____ Le _____ SIGNATURE

Montant versé : _____

➔ TARIF COTISATIONS 2025 au verso
mentions légales RGPD à signer au verso



TARIF DES COTISATIONS 2025

COTISATION SALARIEE 48 €/trimestre
(192 €/an dont 66 % remboursé par les impôts
Soit en dépense réelle : 65,28 € par an ou 5,44 € par mois)

COTISATION ETUDIANT(E)S – RETRAITE(ES) ----- 40 €/trimestre
(160 €/an dont 66 % remboursé par les impôts
Soit en dépense réelle : 60 € par an ou 5 € par mois)

Conformément à la législation, nous vous rappelons que votre cotisation syndicale est déductible de vos impôts à hauteur de 66 %

Notre secrétariat est à votre disposition du lundi au vendredi
Tél 01 48 78 80 41 Standard : 01 48 78 49 49 snpi@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. 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 : _____