



SYNDICAT NATIONAL DES ORGANISMES DE MUTUALITE

39, Rue Victor Massé – 75009 PARIS - Tél : 01.48.78.69.26.

DEMANDE D'ADHESION

(remplir en capitales)

Réservé au service administratif

N° SYND						IS
N° AD						IF

<input type="checkbox"/> M ^{elle} <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^r	Nom	Prénom
Adresse		
Commune	Code postal	
Date de naissance	Tél personnel	
Profession	Portable	
Fonction	Mél :	

Etablissement	Date d'entrée	
Adresse		
Téléphone	Nbre de Salariés	Nom du Délégué Syndical (le cas échéant)
Employeur		
Adresse		

STATUT D'APPARTENANCE (ENTOURER LE NOMBRE CORRESPONDANT)

0 - Retraite	15 - Sans convention collective
1 - F.E.H.A.P. (C.C. du 31/10/1951)	16 - Mutualité (C.C. du 31/01/2000)
2 - F.H.P. (C.C. du 18/04/2002)	17 - Chômage
3 - Etablissements pour inadaptés et handicapés (C.C. du 15.03.66)	18 - Animation (C.C. du 28/06/1988)
4 - Laboratoires d'Analyses Médicales extra hospitaliers (C.C. du 3/12/78)	19 - Centres d'Hébergement (Accords SOP-CHRS)
5 - Centre de Lutte Contre le Cancer (C.C. du 10/01/1999)	20 - Médecine du Travail
6 - Thermalisme (C.C. du 18/10/99)	21 - Centre sociaux et socio-culturels (C.C. du 4/06/1983)
7 - Convention Collective du 26/08/1965)	22 - Organismes de Sécurité Sociale
8 - Cabinets Médicaux (C.C. du 14/01/1981)	23 - Services Sociaux d'Entreprise
9 - Croix Rouge Française (C.C. de 1986)	24 - SONACOTRA
10 - Cabinets Dentaires (C.C. du 17/01/1992)	25 - Foyers de Jeunes Travailleurs
11 - Prothésistes Dentaires (C.C. du 18/12/1978)	26 - Fonction Publique : ETAT
12 - Etablissement Français du Sang	27 - Fonction Publique : COLLECTIVITES TERRITORIALES
13 - Missions locales et P.A.I.O. (C.C. du 21/02/2001)	28 - Fonction Publique : STATUT HOSPITALIER (Titre IV)
14 - Divers (à préciser) :	29 - Service d'Aide à Domicile

A _____ Le _____

SIGNATURE :



CONFEDERATION FRANCAISE DE L'ENCADREMENT C.G.C. T-S.V.P. →



SYNDICAT NATIONAL DES ORGANISMES DE MUTUALITE

39, Rue Victor Massé – 75009 PARIS - Tél : 01.48.78.69.26.

TARIF DES COTISATIONS 2010

(Deductibles de l'impôt sur le revenu à hauteur de 66 % : déclaration 2042, chapitre 7, postes AC & AE)

Retraités, chômeurs	96,00 €
Non cadres (salaire annuel inférieur ou égal à 15862 €)	98,00 €
Non cadres (salaire annuel supérieur à 15862 €)	132,00 €
Cadres (salaire annuel inférieur ou égal à 31507 €)	156,00 €
Cadres (salaire annuel supérieur à 31507 €)	202,00 €

NOTA : L'adhésion est reconduite d'année en année sauf retrait d'adhésion signifié par courrier. La date de celui-ci entraînera arrêt des prélèvements après le prélèvement immédiatement postérieur (Article L411.8 - Code du travail)

Je choisis le système de recouvrement de ma cotisation syndicale par prélèvements automatiques :

Ci-joint Relevé d'Identité : BANCAIRE CAISSE D'EPARGNE POSTAL

LES PRELEVEMENTS SONT FIXES AU : 5 FEVRIER - 5 AVRIL - 5 JUILLET - 5 OCTOBRE

SOIT, SUIVANT MA SITUATION : 24,00 X 4 = 96,00 € 24,50 X 4 = 98,00 €
 33,00 X 4 = 132,00 € 39,00 X 4 = 156,00 €
 50,50 X 4 = 202,00 €

AUTORISATION DE PRELEVEMENT : J'autorise l'établissement teneur de mon compte, à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° EMETTEUR NATIONAL

432 933

N° EMETTEUR INTERNE

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR			
NOM - Prénom _____			

Adresse _____			
Ville : _____		Code Postal _____	

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	
REF DK.432933.06048.31191041	
S.N.O.M.	
39, rue Victor MASSE	
75009 PARIS	

COMPTE A DEBITER			
CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° COMPTE	CLE RIB
_____	_____	_____	_____

DATE :

SIGNATURE :

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR de compte à débiter	

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer, en y joignant obligatoirement un Relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.).