

**SYNDICAT GENERAL DES MEDECINS DU TRAVAIL ET DES  
PROFESSIONNELS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL**

39 Rue Victor Massé - 75009 PARIS - Tél : 01 48 78 80 41 - Fax : 01 40 82 98 95

E-mail : [santeautravail@ffasscfecgc.com.fr](mailto:santeautravail@ffasscfecgc.com.fr) - Site : [www.medecinedutravail-syndicat.org](http://www.medecinedutravail-syndicat.org)

## BULLETIN D'ADHESION 2010

Cotisation Médecins du travail : 232 €

Cotisation retraités : *demi-tarif*, soit 116 €

Cotisation Autres Membres de l'équipe Santé au Travail : 156 €

Cotisation retraités : *demi-tarif*, soit 78 €

L'adhésion au Syndicat ouvre droit à un abattement fiscal de **66 %** de la cotisation, sous forme de crédit d'impôt. **Cette réduction s'applique bien à l'impôt, et non au revenu imposable.**

Une attestation fiscale à joindre à votre déclaration de revenus 2010 vous sera adressée après paiement de votre cotisation.

Le paiement semestriel est possible : dans ce cas joindre 2 chèques et un récapitulatif des dates de remise.

***Toutes les mentions sont obligatoires pour un bon enregistrement de votre adhésion***

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : \_\_\_\_\_

Tél. personnel |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tél. portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E mail \_\_\_\_\_

Nom de l'Employeur (*Entreprise ou service inter*) \_\_\_\_\_

**Adresse de l'entreprise où vous travaillez**

\_\_\_\_\_

**Formation en Santé au Travail** (*CES, DES, Internat européen, BTS, DUT, Ingénieur ...*)

\_\_\_\_\_

**Métier** \_\_\_\_\_

Modalité de paiement :

- soit un chèque à l'ordre de CFE-CGC Santé au Travail

- soit en remplissant la demande de prélèvement que vous trouverez ci-après

*Ce document est réservé aux adhérents CFE-CGC Santé au Travail. Il doit rester confidentiel.*

## COTISATION SYNDICALE CFE-CGC SANTE AU TRAVAIL

DEMANDE DE PRELEVEMENT

Annuel

Semestriel

Trimestriel

*Cochez selon votre choix*

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

<p>NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR</p>	<p>DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER</p>								
<p style="text-align: center;">COMPTE A DEBITER</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">         </td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">         </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">   </td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">   </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Banque</td> <td style="text-align: center;">Guichet</td> <td style="text-align: center;">N° de compte</td> <td style="text-align: center;">clé</td> </tr> </table>					Banque	Guichet	N° de compte	clé	<p style="text-align: center;">NOM ET ADRESSE DU CREANCIER</p> <p>CFE-CGC SANTE AU TRAVAIL 39 RUE VICTOR MASSE 75009 PARIS</p>
Banque	Guichet	N° de compte	clé						
<p>Date :</p>	<p>Signature :</p>								

*Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et ne pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.*

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Numéro national d'émetteur

**506496**

*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 ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur du compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier.*

<p>NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR</p>	<p>NOM ET ADRESSE DU CREANCIER</p> <p>CFE-CGC SANTE AU TRAVAIL 39 RUE VICTOR MASSE 75009 PARIS</p>												
<p style="text-align: center;">COMPTE A DEBITER</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">         </td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">         </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">   </td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">   </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Banque</td> <td style="text-align: center;">Guichet</td> <td style="text-align: center;">N° de compte</td> <td style="text-align: center;">clé</td> </tr> </table>					Banque	Guichet	N° de compte	clé	<p>Nom et adresse de l'étab<sup>t</sup> teneur du cpte à débiter</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">         </td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">         </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">   </td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">   </td> </tr> </table>				
Banque	Guichet	N° de compte	clé										
<p>Date :</p>	<p>Signature :</p>												

**Merci de renvoyer les deux parties de cet imprimé dûment remplies en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP)**

**CFE-CGC Santé au travail, 39 rue Victor Massé, 75009 PARIS**

*Ce document est réservé aux adhérents CFE-CGC Santé au Travail. Il doit rester confidentiel.*