



**Bulletin d'adhésion  
UNSA SAMS  
Syndicat Autonome Métiers de la Santé**

Ce bulletin à télécharger peut être adressé par courriel ([contact@unsa-sams.com](mailto:contact@unsa-sams.com)) ou par courrier :

**UNSA SAMS**  
Syndicat Autonome des Métiers de la Santé  
Boite aux lettres 29  
60 Bis Rue de Rochechouart  
75009 PARIS

Les informations demandées sont strictement destinées à l'UNSA SAMS, confidentielles, et visent à répondre au mieux à votre demande.

## Etat civil

Civilité \*            Madame            Mademoiselle            Monsieur  
Nom \*..... Prénom\*.....  
Nom de jeune fille \*..... Année de naissance.....  
Adresse personnelle\* .....  
Code postal \* ..... Ville\*.....  
Téléphone\* ..... Portable.....  
Courriel .....

## Votre situation professionnelle

Précisez une des deux options :

   Temps plein            Temps partiel  
Métier exercé..... Ancienneté..... Matricule \* .....

Employé (48€ de cotisation annuelle soit 12€ par trimestre)

Agent de maîtrise (60€ de cotisation annuelle soit 15€ par trimestre)

Cadre (96€ de cotisation annuelle soit 24€ par trimestre)

## Votre établissement

Numéro\*..... Nom\*.....  
Adresse \*.....  
Code postal \* ..... Ville\*.....

**Merci de joindre votre RIB et le mandat de prélèvement SEPA signé à votre bulletin d'adhésion.**

*\*Champs obligatoires*

Le (\*) .....  
A (\*).....

Signature :



### Mandat de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : 1) A envoyer des instructions à votre banque pour débiter le compte. 2) Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions reçues du syndicat UNSA ORPEA CLINEA.

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 ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Veillez compléter tous les champs du mandat et joindre un RIB/IBAN**

Référence Unique du Mandat : *(Réservé au créancier)*

Identifiant créancier SEPA : **FR 35 ZZZ 662278**

#### Débitteur :

Nom, Prénom.....

Adresse.....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

**Créancier :**  
**UNSA-SAMS**  
**60 bis rue de Rochechouart**  
**Boîte aux lettres 29**  
**75009 PARIS**  
**FRANCE**

IBAN

BIC

Paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

A : .....

Le :

**Signature :**

Collège 1 (*employé*) : 48€ /an - 12€ /trimestre  
Collège 2 (*technicien*) : 60€ /an - 15€ /trimestre  
Collège 3 (*cadres*) : 96€ /an - 24€ /trimestre

**ANNUEL / TRIMESTRIEL**  
*(VEUILLEZ ENTOURER VOTRE CHOIX)*