



Mes coordonnées

Mme. M. Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : N° et nom de voie (rue, avenue) _____
Complément : (appart., Résidence, lieu-dit, à préciser) _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____
Date et lieu de naissance : _____
Email personnel : _____
Email professionnel : _____
Métier/Profession : _____

Mon entreprise

Section : EMEIS Cliniques EMEIS Ehpad EMEIS Filiales
Établissement (nom et n° de clinique/ehpad) : _____
Adresse de mon établissement : _____
Ville de mon établissement : _____

Ma cotisation

Mon adhésion (du 1 janvier au 31 Décembre)

- J'adhère à l'UNSA SN2SP (le renouvellement est **automatique** sur l'année suivante)
 Je suis déjà adhérent et je renouvelle ma cotisation pour l'année.

Barème de la cotisation annuelle
(au 01/01/26)

- Employé / Technicien à 60€**
(dont 39,60€ en crédit d'impôt)
- Cadre à 108€** (dont 71,28€ en crédit d'impôt)

Les + de l'adhésion :

La protection juridique en cas de litige devant le conseil de prud'hommes. (soumis à condition)

Des offres spéciales et des réductions grâce à un vrai CSE de qualité avec nos centaines de partenaires.

Je règle ma cotisation par :

- Chèque libellé à l'ordre UNSA SN2SP
- Prélèvement Annuel
 Prélèvement Trimestriel
 Prélèvement Mensuel
- J'autorise l'UNSA SN2SP, le syndicat national ou la section à prélever le montant de ma cotisation.
 Compléter le mandat SEPA au verso
 Joindre un RIB
- Virement ponctuel** (RIB de l'UNSA SN2SP au verso & préciser votre Nom + Prénom + Entreprise)

Vous pourrez déduire de vos impôts 66% du montant annuel de votre cotisation syndicale ou recevoir un crédit d'impôt (dans la limite de 1% des revenus).

À _____, le _____

Signature :

Bulletin et cotisation à envoyer à : UNSA Santé Sociaux Privé

Maison des Syndicats - 9 Rue du colonel Rémy - 14000 CAEN

07 83 48 16 03 tresorerie.sn2sp@unsa.org





Mandat de Prélèvement SEPA CORE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat UNSA SN2SP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions du syndicat UNSA SN2SP.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Paiement : Récurrent

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au syndicat (par courrier postal ou mail)

Débiteur

Nom Prénom (*):

Adresse (*):

Code postal (*):

Ville (*):

Coordonnée bancaire du syndicat (créancier SEPA) :

Nom : Syndicat Santé Sociaux Privé - UNSA

Adresse : Maison des syndicats, 9 rue du Colonel Rémy

Code postal : 14 000 Ville : CAEN

IBAN : *FR76 1027 8021 0100 0209 6740 144* BIC : *CMCIFR2A*

IBAN (*):

BIC / SWIFT (*): IBAN (*):

Paiement : Récurrent

A (*):

Le (*):

Signature (*):

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. ». Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque