



COTISATION

85 Euros assurance professionnelle incluse

Dégrèvement fiscal possible de 66%, soit un coût mensuel réel de 2,24 € / mois

Bulletin d'adhésion de :

(si manuscrit, écrire de manière lisible : Majuscule et minuscule d'imprimerie)

NOM (Mme. M) : _____ Prénoms : _____ Né(e) le : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ E-Mail: _____

IMPORTANT : Si vous changez d'adresse en cours d'année, envoyez-nous vos nouvelles coordonnées rapidement.

Nouvelle adhésion Renouvellement N° d'adhérent :

Carte syndicale pleine : J'ai besoin d'une nouvelle carte pour y apposer les timbres annuels d'adhésion

Attention, en raison du contrat d'assurance, à la primo adhésion, joindre une photocopie de la pièce d'identité et du diplôme

Diplôme, brevet, ou Licence vous permettant l'exercice de la profession :

(Le joindre à la PRIMO adhésion)

Brevet ou formation universitaire donnant titre de MNS

N° diplôme :

Dernier CAEPMNS :

BNSSA parrainé et/ou en formation de MNS

N° diplôme :

Centre de formation :

Secouriste formateur d'un centre de formation agréé

Diplôme :

Centre de formation :

Statut :

Fonction Publique

Titulaire

Non Titulaire

Privé

Société :

N° ou type de CCN :

Club

Nom du club :

Code NAF ou APE:

Auto*/Micro entrepreneur N° Siret et Siren :

***obligation assurancielle :** Pour vous assurer, transmettez-nous une copie de la déclaration du certificat d'inscription au répertoire des entreprises et établissements (doc INSEE) et des revenus de l'année antérieure.

Saisonnier

Lieu de travail, structure : _____

Adresse lieu de travail : _____

Indiquer si plusieurs : _____

Diplômes supplémentaires : PSE 2 Formateur de secourisme : PSC PS Formateur de formateur sec
 Diplôme universitaire : Autres :

Je souhaite devenir formateur de secourism Oui Non

Je souhaite un tee-shirt : Oui Non

Taille de TEE-SHIRT :

S	M	L	XL	XXL
---	---	---	----	-----

PARTICIPATION SYNDICALE

Je souhaite m'investir pour défendre ma profession : OUI

Je souhaite participer à une formation syndicale : OUI

REVUE SNPMNS :

Je souhaite recevoir la revue

Version papier

OU

Dans ma boîte mail (en dématérialisé)

Comment avez-vous connu le SNPMNS ? Recherche internet Réseaux sociaux Recommandé par un collègue Revue SNPMNS Publicité

J'accepte de recevoir les informations du SNPMNS (attestation d'assurance, revue, SMS, email, téléphone, adresse postale...)

Plus d'information sur le traitement des données : <https://www.snpmns.org/protection-des-donnees/>

L'adhésion se fait à date d'anniversaire dans un engagement mutualiste et solidaire

Date

Signature

S.N.P.M.N.S. - 80 Bd du Général Leclerc - B.P. 3 Maison des associations
92 113 Clichy-La-Garenne Cedex

contact : adhesion@snpmns.org www.snpmns.org

Compte bancaire : IBAN : FR76 1820 6001 6316 3910 0900 159 – BIC : AGRIFRPP882