

Syndicat National Santé Sociaux Privé Bulletin d'adhésion 2025



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 : _____ Adhérent isolé ☐
Adresse entreprise : _____
Convention collective : _____ N° SIRET : _____

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 01/01/25)

- ☐ **Cotisation à 78€** (dont 51,48€ en crédit d'impôt)
☐ **Cotisation solidaire à 120€**
(dont 79,20€ en crédit d'impôt)
☐ **Cotisation retraité à 60€**
(dont 39,60€ 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.

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

Je règle ma cotisation par :

- ☐ Chèque libellé à l'ordre UNSA SN2SP
☐ **Prélèvement Annuel**
☐ **Prélèvement Semestriel** (si après mars : 50% à réception et 50% restants à voir avec la trésorerie)
☐ **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)

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.

Paielement : Récurrent

Veuillez 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 (*) :

Paielement : 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

Syndicat national Santé Sociaux Privé de l'UNSA