

Union Confédérale des Médecins Salariés de France
**Syndicat National des Médecins
de Protection Maternelle et Infantile (S.N.M.P.M.I.)**

Siège Social, secrétariat
4, avenue Richerand
75010 Paris
Tél: 0140230410
Mail : snmpmi@free.fr

COTISATION SYNDICALE ANNÉE 2025

Montant de la cotisation*, fixé en assemblée générale en fonction du revenu mensuel :

<1150€/mois, étudiant, cas particuliers.....	60 €	3400 € à 4200 €.....	190 €
1150 € à 1900 €.....	95 €	4200 € à 5000 €.....	220 €
1900 € à 2650 €.....	125 €	> 5000 €.....	255 €
2650 € à 3400 €.....	160 €		

Cotisation de soutien : à partir de 260 € ou montant libre

Nb : Vous pouvez adapter le montant en fonction de vos possibilités, mais il est préférable de régler une cotisation chaque année.

**La cotisation donne droit à un crédit d'impôt de 66% de son montant.*

Partie ci-dessous à corriger si nécessaire, à compléter et à adresser au secrétariat par mail ou par courrier
Attention : document indispensable pour enregistrer votre règlement



COTISATION SYNDICALE ANNÉE 2025

**cocher la ou les cases correspondantes*

PREMIÈRE ADHÉSION* **RENOUVELLEMENT***

NOM, Prénom : _____

Adresse personnelle _____

Code postal et Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ Mail : _____

Adresse professionnelle : _____

Code postal et Ville : _____

Téléphone : _____ Fax/Port : _____ Mail : _____

Situation : Préciser si vous êtes **Exercice :** (% du temps plein) **Spécialité(s) :**

Titulaire, non titulaire,

Contractuel(le)...

Je participe (ou souhaite participer)*

- au CSN (*Comité Syndical National*) du SNMPMI *

- à un, (ou des) groupe(s) de travail thématique(s)* (précisez le ou lesquels)

Je verse aujourd'hui la somme de : Euros Date et Signature

Mode de règlement *

Virement pour SNMPMI à LBP IBAN : FR60 2004 1000 0106 2148 3F02 040 - BIC : PSSTFRPPPAR

Libellé : Votre nom + Cotisation au SNMPMI

Chèque à l'ordre du SNMPMI = Banque : Numéro

VU/ SECRÉTARIAT

TRÉSORERIE