



Prénom* : Nom* :

Homme Femme Né(e)* le / /

Adresse personnelle* :

Code postal* : Ville* :

Email personnel* : Tel personnel :

Nom de l'hôpital* : Service :

Adresse de l'établissement :

Code postal : Ville :

Email professionnel : Tel professionnel :

Spécialité médicale* :

Numéro RPPS :

Fonction* : Chef de pôle Chef de service Responsable d'unité Président de CME Vice-président de CME

Type d'établissement : CHRU CH CHS CLCC ESPIC
 EMS Autre

Vous êtes : PU-PH MCU-PH PH temps plein PH temps partiel PHC
 PHU CCA-AHU Praticien Attaché Assistant
 Assistant associé Interne Retraité Autre

Exercez-vous une Activité libérale : Oui Non

Êtes-vous membre d'un syndicat affilié à la CMH : IDEPP SNPHEU FNSPBHJ SNMRHP
 Autre (précisez)*:

*Champs obligatoires

Le montant de votre cotisation annuelle dépend de votre statut et de votre appartenance à un syndicat affilié à la CMH (IDEPP, SNPHEU, FNSPBHJ, SNMRHP, ...).

- | | |
|---|--------------|
| - PU-PH, MCU-PH, PH Temps Plein (9ème au 13ème échelon) | 120 € |
| - PH temps Plein (1er au 8ème échelon), PH Temps Partiel | 80 € |
| - PHU, CCA-AHU, Praticiens Attachés, Assistants, PHC | 60 € |
| - Internes, retraités, Membres d'un syndicat affilié à la CMH | 40 € |
| - Adhésion de soutien | 250 € |

Chèque à l'ordre de Alliance-Hôpital SNAM-HP & CMH, à adresser à Alliance Hôpital SNAM-HP & CMH, 15 rue Ferdinand DUVAL, 75 004 PARIS.

Une attestation fiscale vous sera adressée par mail lors de l'encaissement de votre chèque. Pour rappel, les cotisations syndicales sont déductibles de vos impôts à hauteur de 66%.

Date

Signature