



## COTISATION 79 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  PSE  Formateur de formateur secourisme

Diplôme universitaire : .....

Autres : .....

Je souhaite devenir formateur de secourisme  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](mailto:adhesion@snpmns.org) [www.snpmns.org](http://www.snpmns.org)**

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