Snjmg

Jeunes Médecins Généralistes

SYNDICAT NATIONAL DES JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné(e) souhaite bénéficier de la protection syndicale, des avantages et des services fournis par le SNJMG.

Nom ……..……. Prénom …….. Date de naissance ……../ ……/…….

Adresse …… Code postal …… Ville ……

Téléphone …… Email ….……@……..……..

SITUATION UNIVERSITAIRE ET/OU PROFESSIONNELLE

Faculté de rattachement ….……

☐ Interne en Médecine Générale : Semestre : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ disponibilité ☐ année de thèse ☐ privé de thèse

☐ Remplaçant(e) : ☐ non thésé(e) ☐ thésé(e)

☐ Collaborateur(trice) : Date de début ……/ ……/……. Ville ……..…….. Code postal …….

☐ Libéral(e) : Date d'installation ……/ ……/…… Ville ……..…….. Code postal …….

☐ Salarié(e) : ☐ FFI ☐ Assistant ☐ Vacataire ☐ Praticien hospitalier ☐ Autre

Depuis le ……/ ……/…… Hôpital……. Ville ……..…….. Code postal …….

FORMULES DE COTISATION

☐ **« A » 24 €/an** (ou 2 € /mois) **pour les internes**

Ces formules « **A** » comprennent une RCP offerte par notre partenaire La Médicale, réservée aux internes en poste hospitalier ou ambulatoire. Attention ! Dès changement de situation universitaire / professionnelle ou en fin d'adhésion, vous devrez contacter La Médicale pour adapter votre contrat de RCP.

☐ **« B » 45 €/an** (ou 3,75 €/mois) **pour les non thésé(e)** dès lors qu'ils ont validé tous leurs semestres d'internat**,** ainsi qu'aux conjoints d'adhérents au tarif plein

☐ **« C » 84€/an** (ou 7 € /mois) **: pour les thésé(e)s et les adhésions de soutien** (montant minimum)

Pour régler ma cotisation (A, B ou C) **je choisis** ☐ **le paiement en une fois ou** ☐ **par prélèvements mensuels**

Au besoin, j'adresse par ce courrier les documents nécessaires aux prélèvements automatiques. Je recevrai au début de chaque année un justificatif de mon adhésion pour ma déclaration d'impôt. Le renouvellement de l'adhésion se fait par tacite reconduction en cas de paiement par prélèvements mensuels. Les prélèvements tarif réduits (A ou B) passent automatiquement en tarif plein (C) au bout de 3 ans en l'absence de justification du maintien du tarif réduit.

Fait à …… le ……/ ……/…… **Signature** (et éventuel cachet)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du SNJMG. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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. (Note : les droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque)

Référence unique du mandat

Débiteur
Votre Nom ……..
Votre adresse …….
Code postal …….. Ville ……
Pays ……

Identifiant créancier SEPA : FR90ZZZ420728

Créancier :
Nom : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes
Adresse : 33 avenue Édouard Vaillant
Code postal : 92150 Ville : SURESNES
Pays : France

IBAN /_ _ _ _/ /_ _ _ _/ /_ _ _ _/ /_ _ _ _/ /_ _ _ _/ /_ _ _ _/ /_ _ _ _/ /_ _ _/ ***(à remplir obligatoirement)***

BIC /_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _/ Paiement : ☐ Récurent/Répétitif ☐ Ponctuel

Fait à : …… Le : ……/……/…… Signature :

info@snjmg.org www.snjmg.org 07.71.05.13.81