

**BULLETIN D’ADHESION**

**Montant de la cotisation :**

**0.6% du salaire net mensuel**

SUD SANTE SOCIAUX

DU FINISTERE

**Sud Santé Sociaux du Finistère**

 **02.98.52.64..28**

 **06 85 04 98 51**

 **syndicat@sudsante29.org**

 **Site :** [**http://www.sudsante29.org**](http://www.sudsante29.org)

NOM : .................................................................................................................

PRENOM : .........................................................................................................

SPECIALITE : ............................................................................................................

SERVICE : .........................................................................................................

ETABLISSEMENT : .........................................................................................

**SALAIRE NET MENSUEL** : .................................. (Voir dernier bulletin de salaire - inutile de le joindre)

VOTRE ADRESSE : ................................................................................................

.............................................................................................................................

VILLE : ..............................................................................................................

CODE POSTAL : ................................................................................................

TELEPHONE PERSONNEL : ...........................................................................

PORTABLE : .....................................................................................................

MAIL : ................................................... @ ........................................................

A ............................................ LE .....................................

 SIGNATURE

Merci de fournir un R.I.B. pour le prélèvement.

Ne pas oublier d’indiquer le montant de votre dernier **salaire net mensuel**