



ADHERER au SN-MCR

Président : Dr Yves DECALF - Président d'Honneur : Dr René MICHEL

COTISATION 2019

NOM : PRENOM :

Adresse personnelle :

Code Postal : Ville :

Tél : Port :

EMAIL : @.....

DATE DE NAISSANCE : / / SPECIALITE :

MONTANT DE LA COTISATION Cochez la case correspondante

MEDECIN ACTIF OU RETRAITE OU EN CUMUL 64 Euros

CONJOINT SURVIVANT 32 Euros

CONJOINT COLLABORATEUR CONJOINT 32 Euros

DON DE SOUTIEN :

Personne morale - Coordonnées complètes :

.....
.....

N.B. : Pour les personnes morales (cf. Article 7 des Statuts) : la cotisation forfaitaire est à 448 euros.

ENQUETE ANNUELLE 2019. Les objectifs prioritaires à défendre ?

1)..... 2).....

ATTENTION : cette feuille disponible aussi sur le site est à retourner au SN-MCR, avec votre chèque.

Je souhaite une étude gratuite sur la meilleure date de liquidation de ma retraite :

Indiquez alors votre nombre de trimestres cotisés TOUS régimes de base : , la date du relevé : / /

-Attention la date du relevé est celle annuelle figurant sur le relevé qui vous est communiqué-

Le nombre d'enfants : , si vous avez effectué un service national , éventuellement la/les dates souhaitées de liquidation de la retraite :

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement et de portabilité de vos données ; pour l'exercer, contacter le secrétariat du SN-MCR (par courrier ou Email) à l'adresse ci-dessous, en joignant copie de votre identité.

Pour ne plus recevoir d'informations du SN-MCR, (mail et courrier postal), cocher cette case :

DATE : CACHET EVENTUEL SIGNATURE