

**ADHERER au SN-MCR**

**Président : Dr Yves DECALF - Président d’Honneur : Dr René MICHEL**

## COTISATION 2025

**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 ☐ 66 Euros**

**CONJOINT SURVIVANT ☐ 33 Euros**

**CONJOINT COLLABORATEUR ☐ 33 Euros**

**DON DE SOUTIEN : ……………………………………………………………………………………**

***Personne morale - Coordonnées complètes : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….***

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

**N.B. : Pour les personnes morales (cf. Article 7 des Statuts) : la cotisation forfaitaire est à 330 euros.**

**ENQUETE ANNUELLE 2024. Les objectifs prioritaires à défendre ?**

1)……………………………………………………………………… 2)………………………………………………………………………

**ATTENTION : cette feuille disponible aussi sur le site est à retourner au SN-MCR, avec votre chèque. Vous pouvez aussi régler par virement bancaire** ☐ **(voir au verso).**

***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 : 31/12 /\_\_\_\_***

***Attention indiquer le nombre de trimestres de base retenus et la date correspondante et de préférence joignez***

***votre relevé*** [www.info-retraite.fr](http://www.info-retraite.fr) ***. Vous envisagez de poursuivre votre activité en cumul OUI- NON- NE SAIT PAS***

***Le nombre d’enfants : , si vous avez effectué un service national les dates : ,***

***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**



**Règlement par virement bancaire de votre cotisation au SN-MCR**

**Vous pouvez effectuer un virement bancaire (RIB ci-dessous) en précisant impérativement votre nom et prénom.**

**IBAN : FR76 3000 3034 1200 0508 7819 541**

**BIC : SOGEFRPP**