



## BULLETIN D'ADHÉSION 2026 UD 69

Je soussigné(e), déclare adhérer au Syndicat Union Départemental UNSA Santé & Sociaux du Rhône, 59 Bd Pinel, 69500 Bron.

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Code postal/Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Courriel personnel : \_\_\_\_\_

Courriel professionnel : \_\_\_\_\_

*Je préfère être joint via mes **coordonnées personnelles ou professionnelles** (rayer la mention inutile)*

Nom de mon établissement/service : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

Catégorie (A/B/C/retraité(e)): \_\_\_\_\_

Le fait de me syndiquer, m'engage à payer une cotisation dont le montant annuel est **de 75,00 €**

J'ai bien pris note qu'une partie de ma cotisation est reversée à la Fédération UNSA Santé & Sociaux Public & Privé. Je bénéficie également au terme d'une période de carence de 6 mois et dans la limite des conditions générales du contrat, de la protection juridique vie professionnelle uNSa THEMIS et de l'accès au Comité d'entreprise uNSa.

**Paiement par chèque à l'ordre de : UNSA UD 69 ou par virement :**

IBAN : FR7613825002000877652928037

BIC : CEPAFRPP382

Pour tout autre mode de paiement ou pour un paiement en deux fois contacter le bureau syndical via :

[unsa-francisco.saez@chu-lyon.fr](mailto:unsa-francisco.saez@chu-lyon.fr)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :