

Bulletin d'adhésion 2025 Au Syndicat des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique

Nom* :

Prénom* :

Adresse postale :

Adresse électronique pour l'envoi d'informations syndicales** :

Affectation (structure/service / ville)* :

Grade* :

PHISP : 60 €

PHISP général : 125€

PHISP en chef : 100€

PHISP retraité : 60€

Cotisation payée par * : Virement Chèque

Pour procéder au règlement de la cotisation, merci d'adresser ce formulaire à sphisp@gmail.com qui vous communiquera, en retour, le RIB ou l'adresse postale d'envoi de votre chèque.

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement automatisé destiné au SPHISP-UNSA pour la finalité suivante : vous envoyer des informations sur des sujets liés aux activités du SPHISP-UNSA. En signant ce bulletin d'adhésion, vous acceptez de recevoir ces informations et figurerez dans notre liste de diffusion. Les destinataires de ces données sont le SPHISP-UNSA. La durée de conservation des données est de 3 ans. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à sphisp@gmail.com. Le SPHISP-UNSA conserve les contacts supprimés dans une base d'exclusion afin de ne plus les solliciter dans le futur, de pouvoir justifier de ce traitement et être en conformité avec la réglementation.

Fait à _____, le _____

Signature (obligatoire) * :

* Champ obligatoire. Ces données font l'objet d'un traitement automatisé (sauf le n° de chèque, le nom de la banque et la signature de l'adhérent).

** En l'absence de communication d'adresse mail valide, aucune information syndicale ne pourra être délivrée.

NB : 66% du montant de la cotisation est déductible des impôts sur le revenu