

# Bulletin d'adhésion

à renvoyer accompagné du règlement de la cotisation au siège du syndicat.

M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup>, Mr : ..... Nom de jeune fille : .....  
Prénom : ..... Né(e) le : ..... Â (ville) : .....  
Département : ..... Pays de naissance : .....  
Adresse professionnelle complète et précise : .....  
..... Tél : .....  
Courriel : .....  
Adresse personnelle : .....  
..... Tél : .....  
Je désire recevoir le courrier du Synprefh à mon adresse \* : ☐ professionnelle  
\* cocher les mentions utiles ☐ personnelle

## Membres actifs

<input type="checkbox"/> Etablissement public	Statut (pour les établissements publics)	<input type="checkbox"/> Assistant
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> Praticien hospitalier	<input type="checkbox"/> Spécialiste
<input type="checkbox"/> CHU	<input type="checkbox"/> PU-PH	<input type="checkbox"/> Généraliste
<input type="checkbox"/> EPSM	<input type="checkbox"/> MCU-PH	<input type="checkbox"/> AHU
<input type="checkbox"/> EHPAD	<input type="checkbox"/> Praticien attaché	<input type="checkbox"/> Docteur Junior
<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> Praticien contractuel	

<input type="checkbox"/> Etablissement privé	Statut (pour les établissements privés)
<input type="checkbox"/> Clinique	<input type="checkbox"/> Pharmacien gérant
<input type="checkbox"/> ESPIC	<input type="checkbox"/> Pharmacien adjoint

<input type="checkbox"/> SDIS	<input type="checkbox"/> Pharmacien SP gérant
	<input type="checkbox"/> Pharmacien SP adjoint

## Membres associés

<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Pharmacien en recherche active d'emploi
-----------------------------------	--

Souhaite adhérer au Synprefh, en qualité de

☐ Membre actif ☐ Pharmacien retraité ☐ Pharmacien en recherche active d'emploi

A ..... Le .....

Signature :

**Cotisations :** 199 € : PH, PU-PH, MCU-PH, pharmaciens des établissements privés, pharmaciens SDIS<sup>(1)</sup>  
124 € : praticien attaché, praticien contractuel, assistant, AHU<sup>(1)</sup>  
45 € : pharmacien retraité ou pharmacien en recherche active d'emploi  
25 € : Docteur Junior<sup>(1)</sup>

**La cotisation concerne l'année civile en cours (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, non proratisable) et son montant est déductible fiscalement à hauteur de 66 %**

<sup>(1)</sup> Votre adhésion syndicale vous permet de bénéficier de garanties d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et de Protection Juridique Professionnelle auprès de MACSF assurances, conformément à la notice d'information disponible à l'adresse suivante : [https://www.synprefh.org/sites/www.synprefh.org/files/medias/file/service-adherents/defense-adherents/notice\\_information-rcp-pj-macsf\\_.pdf](https://www.synprefh.org/sites/www.synprefh.org/files/medias/file/service-adherents/defense-adherents/notice_information-rcp-pj-macsf_.pdf)  
L'affiliation à la MACSF expire au 31/12 de l'année au cours de laquelle l'adhésion au syndicat a été souscrite.

**Les données personnelles recueillies par le Synprefh auprès de l'adhérent sont nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats souscrits par le syndicat pour le compte de ses adhérents. A ce titre, l'adhérent est informé que ses données pourront être transmises aux personnels habilités de la MACSF, à ses partenaires et sous-traitants.**

## Synprefh

Syndicat National des Pharmaciens des Etablissement de Santé

Siège social : 43, avenue du Maine - 75014 PARIS

Tél. : 01 56 58 08 90 - E-mail : [secretariat@synprefh.fr](mailto:secretariat@synprefh.fr)

Janvier 2025