

Bulletin d'adhésion

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

M^{me}, M^{lle}, 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⁽¹⁾
124 € : praticien attaché, praticien contractuel, assistant, AHU⁽¹⁾
45 € : pharmacien retraité ou pharmacien en recherche active d'emploi
25 € : Docteur Junior⁽¹⁾

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

⁽¹⁾ 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
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

Janvier 2026