



BULLETIN DE SYNDICALISATION

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE / / LIEU DE NAISSANCE

ADRESSE
.....

CODE POSTAL VILLE

CIS ou Service

SPP ou PATS
DEPUIS LE / /

CATEGORIE ☐ A ☐ B ☐ C

GRADE :

ADRESSE MAIL @

TELEPHONE PORTABLE - - - -

DATE D'ADHESION / /

SIGNATURE

Traitement de base = €
(JOINDRE UN RIB)