



Proposer, informer, défendre !

Le SNMKR, membre de l'UNION,  
est le premier syndicat combatif de la profession.  
Dans la vie comme dans le syndicalisme, l'UNION FAIT LA FORCE !  
Unissons vos idées et notre expérience, avec la détermination  
et bâtissons ensemble la kinésithérapie de demain.  
Aujourd'hui, vous pouvez devenir acteur de votre vie  
professionnelle **en adhérant au SNMKR.**

**Pour cela, veuillez remplir et imprimer le formulaire au verso.**

POUR UNE KINÉSITHÉRAPIE AMBITIEUSE ET RESPONSABLE

Le SNMKR  
c'est aussi :



15 rue de l'Épée de bois - 75005 PARIS – Tél. : 01 45 35 82 45 – Courriel : [secretariat@snmkr.fr](mailto:secretariat@snmkr.fr)

Visitez notre site internet : [snmkr.fr](http://snmkr.fr)

Les informations recueillies ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à [secretariat@snmkr.fr](mailto:secretariat@snmkr.fr)

# Bulletin d'adhésion 2020

Madame  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Adresse professionnelle  ou personnelle  : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

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

Adresse mail : \_\_\_\_\_

N° RPPS : \_\_\_\_\_

Date du diplôme : \_\_\_\_\_

Est-ce votre 1ère adhésion ?  Oui  Non

Êtes-vous kinésithérapeute ostéopathe ?  Oui  Non

Avez-vous une formation diplômante supplémentaire ?  Oui  Non

Si oui, préciser le nom de votre diplôme : \_\_\_\_\_

Êtes-vous formateur en IFMK ?  Oui  Non

Si oui, auprès de quel(s) IFMK : \_\_\_\_\_

## Modalités d'adhésion (RCP et PJ incluses)

1<sup>ère</sup> adhésion\* : 229 €

Tarif normal\* : 379 €

Tarif réduit\* : 329 €

Assistant(e)

Remplaçant(e),

Associé(e), nom de l'associé(e) : \_\_\_\_\_

Couple, nom du conjoint(e) : \_\_\_\_\_

Retraité(e) actif (ve)

Parrainage, nom du parrain/marraine : \_\_\_\_\_

Retraité(e) : 50 €

Salarié(e) : 50 €

Jeune diplômé(e) :

25 € l'année du diplôme (à préciser) :

50 € l'année suivante

## Mode de règlement :

Carte bancaire directement via le site [www.snmkr.fr](http://www.snmkr.fr)

Prélèvement mensuel (Mandat SEPA)

Prélèvement annuel (Mandat SEPA)

Chèque

Date :

Signature :

## Mandat de prélèvement SEPA RUM

(Votre référence unique du mandat sera communiquée ultérieurement)

En signant ce formulaire, vous autorisez le SNMKR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNMKR. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR	DATE, LIEU et SIGNATURE	NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
		<b>SNMKR</b> ICS : <b>FR86ZZZ441170</b> 15 rue de l'Épée de Bois 75005 PARIS
DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER		
IBAN – numéro d'identification international du compte bancaire	BIC – Code international d'identification de votre banque	
/ / / / / / / / / /	/ / / / /	
Type de paiement - Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>		

\*Si vous ne souhaitez pas de RCP contactez-nous à [secretariat@snmkr.fr](mailto:secretariat@snmkr.fr) pour plus d'informations