



Proposer, informer, défendre !

Le SNMKR 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 adhérent au SNMKR.**

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

POUR UNE KINÉSITHÉRAPIE AMBITIEUSE ET RESPONSABLE

Le SNMKR
c'est aussi :


onrek
Votre formation
continue
professionnelle


ujmk
#jeuneskinés
C'est @ujmk !


umko
Vous êtes
kinésithérapeute
et ostéopathe


apek
La presse
incontournable du
kinésithérapeute


umkf
Vous êtes
kinésithérapeute
et formateur

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

Visitez notre site internet : 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

Bulletin d'adhésion 2021

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 1^{ère} 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^{ère} 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

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
		SNMKR ICS : FR86ZZZ441170 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 pour plus d'informations