

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse professionnelle : .....

Téléphone : ..... Email : .....

### MODE D'EXERCICE (plusieurs choix possibles) :

- Libéral     Salarié territorial
- Salarié public     Salarié privé     Salarié centre de santé
- Retraité     Étudiant ou 1ère année d'exercice
- Autre : .....

### EXERCICE COORDONNÉ (plusieurs choix possibles) :

- Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)
- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)
- Équipe de soins primaires (ESP)

### ACTIVITE SPECIFIQUES (plusieurs choix possibles) :

- Libéral :     Accouchement plateau technique     Accouchement à domicile
- Echographie     Accouchement en maison de naissance
- Autre : .....
- Salarié :     Fonction d'encadrement     Enseignant
- Autre : .....

### DIPLÔMES COMPLÉMENTAIRES - DOMAINE D'EXPERTISE :

.....

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion et sont destinées au secrétariat du syndicat.  
Lors de votre adhésion, vous autorisez l'UNSSF à transmettre vos données à ses représentants territoriaux nommés auprès de l'ARS (URPS) ou auprès des Caisses d'Assurance Maladie (CDCE, CPR) pour vous informer des actions locales

OUI / NON (réponse obligatoire)

En savoir plus : consultez sur notre site notre politique de confidentialité : <https://unssf.org/politique-de-confidentialite/>

Renvoyez le formulaire d'adhésion, accompagné d'un chèque de 130 €  
(20 € pour les retraitées), à l'adresse suivante : **UNSSF, 118-130 avenue Jean Jaurès 75019 PARIS**  
Pour les salariés, le montant de l'adhésion est déductible des impôts à hauteur de 66 %  
(soit 44,20 € à votre charge). Pour les libéraux, l'adhésion est à inclure dans les charges professionnelles.