**DEMANDE D’ADHESION au S.N.P.S.T**

**Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail**

**17 rue du Colisée – 75008 PARIS**

**tél. 01 44 13 19 06 - jmsterdyniak@orange.fr http://www.snpst.org**

*A renvoyer au* ***secrétariat du SNPST 17 rue du Colisée – PARIS 75008****,* ***avec******votre chèque*** *de règlement libellé à* ***l’ordre du SNPST*** *ou par virement.*

Madame, Monsieur, Docteur…………………………………………………

Date de naissance…....................................................................................................................

Adresse…………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………

Téléphone……………………………………Mail……………………………………………

Profession……………………………………………………………………………………… Déclare vouloir **adhérer au Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail**.

Les renseignements demandés ci-dessous servent à vous connaître et à vous aider si nécessaire. Ils restent confidentiels.

**Diplômes** : …………………………….Année…………………Ecole :……………………...

Autres diplômes………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

**- MODE D’EXERCICE** -

En **services interentreprises** temps complet temps partiel

Nom et adresse………………………………………………………………………………….

Entreprise **avec médecin Service autonome / interentreprises***(rayez la mention inutile)*

temps complet temps partiel

Nom et adresse………………………………………………………………………………….

En **Fonction Publique Hospitalière** temps complet temps partiel

Nom et adresse………………………………………………………………………………….

En **Médecine Professionnelle et Préventive de la Fonction Publique Territoriale**

temps complet temps partiel

Nom et adresse………………………………………………………………………………….

En **Médecine de Prévention de la Fonction Publique d’Etat**

temps complet temps partiel

Nom et adresse………………………………………………………………………………….

**Retraité depuis le :**

**Assurance Professionnelle**

Nom de la Société qui vous assure……………………………………………………………..

Dans le cadre de votre activité professionnelle, nous vous conseillons vivement de souscrire à une assurance «protection juridique professionnelle» auprès de la compagnie de votre choix.

**SNPST Tarifs des cotisations syndicales**

**Année 2025**

# Filière Prévention

**TEMPS COMPLET (TC) MI TEMPS (½ T**)\* **TC** **½ T**

ASST/Secrétaire médical, 80 € 62 €

ASST/Assistant de l’équipe pluridisciplinaire 87 € 62 €

Formateur en ST, ASST/Assistant en ST, 95 € 74 €

Documentaliste

Technicien hygiène sécurité, 105 € 84€

Infirmier ST, Assistant de service social, 116 € 97 €

Infirmier ST ou Assistant de service social Retraité 58 €

Ergonome, Psychologue du travail, Toxicologue, Epidémiologiste, 166 € 130 € Ingénieur hygiène sécurité/Chimiste

Collaborateur Médecin 308 € 242 €

Médecin du travail 343 € 269 €

Membre Associé (interne en médecine du travail) 50 €

Médecin retraité 168 €

# Filière Support TC ½ T

Agent de propreté 63 € 49 €

Employé administratif, Agent d’entretien 69 € 55 €

Aide comptable, Secrétaire administratif, Hôte d’accueil/standardiste, 74€ 58 € Conducteur centre mobile,

Agent des services généraux 80 € 63 €

Coordonnateur de centre 92 € 74 €

Assistant de direction, Technicien informatique, 94 € 75 €

Chargé des services généraux

Gestionnaire ressources humaines, Comptable 105 € 83 €

Chargé de communication 116 € 98€

Responsable de service, responsable technique 137 € 105 €

Adjoint au Directeur/Directeur de département 210 € 164 €

\* **M**i**-temps correspond** à une durée de travail de 17h 30 par semaine ou de 76h par mois. **Au-delà de ce temps de travail,** s’applique le tarif de la cotisation « plein temps ».

Le règlement de votre cotisation peut s'effectuer en plusieurs chèques ou virements (bien préciser dans ce cas la périodicité choisie)

ETABLISSEMENT GUICHET N°COMPTE CLÉ RIB DOMICILIATION

20041 01016 1099527E037 06 TOULOUSE CENTRE FINANCIER

IBAN FR7220041010161099527E03706 BIC PSSTFRPPTOU