

=> Les 4 grands rôles d'un syndicat :

- Négocier avec la CNAM votre future rémunération et les évolutions métiers
- Négocier avec les syndicats de salariés dans le cadre des accords de branche
 - Gérer et organiser les gardes
 - Étudier les dossiers de transfert

**MAIS AUSSI VOUS DÉFENDRE INDIVIDUELLEMENT ET COLLECTIVEMENT
ET CONSTRUIRE ENSEMBLE UN AVENIR POUR LA PROFESSION**

=> La FSPF dans l'Ain c'est **En 2021 réduction solidaire Covid -200 euros**

- Une permanence de 9h à 18h du lundi au vendredi, avec Pascale et Benjamin à votre écoute. Contact : par mail à syndicatpharmaciens01@fspf.fr et par téléphone au 04 78 60 93 47
- Une équipe mobilisée pour vous accompagner et intervenir sur les dossiers
- Des représentants en réunions de Commission Paritaire Locale avec la CPAM
- Des soirées thématiques
- 1 représentation auprès des Élus et de l'administration

=> La FSPF nationale c'est

- Le 1^{er} syndicat de pharmaciens de France
- La défense et la représentation des intérêts de la profession dans les ministères, les multiples organismes officiels et même en Europe
- Des services et des outils Guide pharmacien, Guide RGPD, médiateur de la consommation
- **Nouveau** FSPF Privilèges pour vous faire gagner du temps, vous faciliter la vie et vous faire faire des économies



Extincteurs, portes automatiques, balances.... Des prix négociés pour être en conformité avec vos obligations.
et des prix aussi sur la mobilité, les frais généraux et les ressources humaines

- Des infos validées, sourcées dans votre boîte mail et partagées avec tous les pharmaciens pendant la crise
Mais aussi sur la page facebook adhérent et sur le site internet www.FSPF.fr

**Donnez-nous les moyens de vous défendre !
Donnez-vous les moyens d'être informés !
Adhérez !**

Bien confraternellement,
Gabrielle GROSS – Christophe LEFEVRE – *Présidents*

APPEL DE COTISATION
Année 2021

**Merci de compléter
les infos =>**

**Pharmacie :
Code Postal :
Titulaire(s) :**

En 2021

réduction solidaire Covid -200 euros



NOUVEAU !
**Souplesse et meilleure
gestion de votre
trésorerie = optez pour
le prélèvement mensuel
de votre adhésion**

430 € au lieu de 630 €

Adhésion seule

=> **12 prélèvements de : 35,83 €** (de janvier à décembre 2021)

Adhésion + Abonnement au magazine « pharmacien de France »

=> **12 prélèvements de : 43,83 €** (de janvier à décembre 2021)

** Cette formule reconduit automatiquement votre adhésion de mois en mois mais vous pouvez décider ne pas la reconduire en nous envoyant un courrier recommandé.*

Vous serez informé tous les ans du montant de l'adhésion et de l'échéancier de paiement.



Pensez à nous retourner le formulaire prélèvement SEPA, rempli daté signé +1 RIB

→ Vous venez de vous installer ?

Pour vous permettre de découvrir notre action, nous vous offrons une :

Cotisation avec une réduction de 50 % :

tarif préférentiel valable 1 fois pour les pharmaciens primo installés en 2019-20-21

Adhésion découverte

=> **12 prélèvements de : 26,25 €** (de janvier à décembre 2021)

Adhésion découverte + pharmacien de France

=> **12 prélèvements de : 34,25 €** (de janvier à décembre 2021)

**■ Vous préférez un règlement en 1 fois ?
vous pouvez régler votre adhésion par chèque**

**! pensez à nous retourner votre règlement en janvier pour continuer à
bénéficier de nos services :**

430,00 € = Adhésion seule

315,00 € = Adhésion « découverte »

526,00 € = Adhésion + abonnement au Pharmacien de France


411,00 € = Adhésion découverte + abonnement au Pharmacien de France

*Merci de retourner votre chèque à l'adresse suivante : Syndicat des Pharmaciens de l'Ain
Permanence 31 rue Mazenod – 69003 LYON*

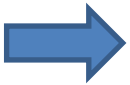


Bon à savoir => Le montant de la cotisation syndicale peut être déduit de vos frais généraux

**A retourner rempli, daté et signé accompagné de votre RIB/IBAN
Merci**

<p>Mandat de prélèvement SEPA SEPA Single Euro Payments Area</p>	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <u>Le Syndicat des Pharmaciens de l'Ain</u></p>	
	<p>à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <u>Le Syndicat des Pharmaciens de l'Ain</u></p> <p>Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.</p>	
<p>Référence unique du mandat : <u>012</u></p>	<p>Identifiant créancier SEPA : _____</p>	
<p>Débiteur :</p> <p>Votre Nom _____</p> <p>Votre Adresse _____</p> <p>Code postal _____ Ville _____</p> <p>Pays _____</p> <p>IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>A : _____</p> <p>Signature : <input style="width: 200px; height: 40px;" type="text"/></p>	<p>Créancier :</p> <p>Nom <u>Syndicat des Pharmaciens de l'Ain</u></p> <p>Adresse <u>Permanence : 31 rue Mazenod</u></p> <p>Code postal <u>69003</u> Ville <u>Lyon</u></p> <p>Pays _____</p> <p>Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel</p> <p>Le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p> <p style="text-align: right;">Veillez compléter tous les champs du mandat.</p>	
<p><small>Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.</small></p>		

Pensez à joindre votre rib ci-dessous, merci



CERTIFICAT D'ADHÉSION DE L'ANNÉE 2021

OFFICINE

Raison sociale -----

Adresse -----

Code postal & localité -----

Numéro CPAM

--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro SIREN

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de titulaires

--

POINTS DE CONTACT DE L'OFFICINE PAR LA FSPF

Téléphone 1 ----- Téléphone 2 -----

Fax -----

Email -----

TITULAIRES DE L'OFFICINE

Adhérent	N° RPPS	CIVILITÉ	NOM	PRENOM
<input type="checkbox"/>	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/>	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/>	-----	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/>	-----	-----	-----	-----

Nombre de salariés en décembre 2020

(= chiffre déclaré dans la DSN de janvier 2021)

en nombre entier d'individus et pas en équivalent temps plein

CDI/CDD y compris apprentis, femme de ménage, salariés dont le contrat de travail est suspendu (maladie, maternité, congé parental...) hors intérimaires et stagiaires.

--

Cachet de l'officine

--

Votre syndicat départemental est adhérent de la FSPF

Partie à compléter par le syndicat départemental

Tampon du syndicat départemental :

(à défaut, nom + prénom + signature du Président ou du Trésorier du syndicat)

--