

Se syndiquer,

c'est prendre conscience qu'ensemble on est plus fort pour défendre nos intérêts

Seul,

on est dépourvu, soumis à l'arbitraire

Ensemble,

on apprend, on s'épaule, on discute, on arrête une position et on la défend collectivement

L'EQUIPE SYNDICALE EST DISPONIBLE POUR REPRENDRE A TOUTES INTERROGATIONS

ADHESION A FOHUS

12.00 € cotisation mensuelle

Réduction d'impôt où 1 crédit d'impôt pour les non imposables

UN CONTRAT PROTECTION JURIDIQUE EST INCLUS DANS TA COTISATION MENSUELLE

☎ **03 88 11 60 97**

✉ forceouvriere@chru-strasbourg.fr

fo_hus@yahoo.fr



FOHUS, c'est aussi

Au niveau local

Commissions Administratives Paritaires

Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

Comité Technique d'Etablissement

Conseil de Surveillance

Commission Médicale d'Etablissement

Au niveau régional

Comité de Gestion des Oeuvres Sociales

Association Nationale pour la Formation des Personnels Hospitaliers

Au niveau national

Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière

Conseil Supérieur des Professions Paramédicales

Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

Syndicat FORCE OUVRIERE

Site Internet



ADHERER A FORCE OUVRIERE

C'est opter pour un Syndicalisme

LIBRE ET INDEPENDANT

FOHUS se mobilise

POUR vous DEFENDRE

POUR AMELIORER les salaires et déroulements de carrière

POUR DEFENDRE ET AMELIORER nos conditions de travail

POUR DEVELOPPER la formation professionnelle

POUR LUTTER contre la précarité



Bulletin d'adhésion

Document à retourner au
Syndicat FOHUS Hôpital Civil
1, Place de l'Hôpital
67091 Strasbourg Cedex

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Grade :

Matricule : |_|_|_|_|_|_|_|

Service :

Code UF : |_|_|_|_|

Adresse

.....

☎ 03 |_|_|_|_|_|_|_|_|

📞 06 |_|_|_|_|_|_|_|_|

💻@



| | FOHUS | | |
|--|---|---------|--------------------------|
| Prélèvement | Mensuel | 12.00 € | <input type="checkbox"/> |
| | Trimestriel | 36.00 € | <input type="checkbox"/> |
| | Date d'adhésion : _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| Signature : | | | |
| Ne pas oublier de remplir le document PAC ci-joint + joindre un RIB | | | |

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

(Joindre impérativement un R.I.B.)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.

Mensuel 12.00 €

Trimestriel 36.00 €

| | |
|---|--|
| NOM PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (Adhérent) | NOM ET ADRESSE DU CREANCIER |
| COMPTE A DEBITER RIB Code établissement : Code guichet : N° du compteclé..... | NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER (Nom et adresse agence bancaire) |

DATE

SIGNATURE