

# Plus de justice dans nos professions ? Je participe ! J'agis !! J'adhère !



Je rejoins les salariés cadres et non cadres de l'Officine, de la Répartition, de l'Industrie pharmaceutique, des LBM, des 3PV, du Cuir et de l'Habillement **qui se regroupent sous la bannière FO PHARMACIE**, syndicat libre et indépendant de toute idéologie.

Tous ensemble, nous y agissons pour préserver nos intérêts individuels et collectifs.

Il est capital que mon syndicat soit fortement représentatif pour négocier efficacement ma convention collective et siéger dans toutes les instances où ma voix doit être entendue.

**Le syndicat m'informe, m'épaula et met à ma disposition une foule d'informations précieuses.**

## Ma cotisation syndicale :

**Pour cette année :** Je joins au bulletin d'adhésion ci-dessous un chèque de :             € à l'ordre du Syndicat FO Pharmacie Nord-Pas de Calais.

**Pour l'an prochain :** Je choisis le prélèvement automatique en 10 fois sur l'année, de janvier à décembre et je vous adresse un RIB ainsi qu'un mandat de prélèvement SEPA rempli et signé (page précédente). Nous vous remercions de tenir compte dans votre choix de l'intérêt de cette formule : outre l'étalement du règlement, elle évite les oublis et les rappels.

**Etre syndiqué n'est pas obligatoire, c'est juste indispensable !**

# Bulletin d'Adhésion

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Branche professionnelle :  Officine  Répartition  LBM  Industrie  3PV  Cuir & Habillement

Profession : \_\_\_\_\_

Coef. : \_\_\_\_\_ Durée travail hebdo : \_\_\_\_\_ heures Préparateurs : année de BP : \_\_\_\_\_

Industrie et répartition : indiquez votre entreprise s.v.p. : \_\_\_\_\_

Les informations recueillies sur ces formulaires sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat FO Pharmacie Nord & Pas-de-Calais. Elles sont conservées pendant la durée de votre adhésion, plus une période de 5 ans et sont destinées à notre communication, conformément à la loi «informatique et libertés». Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant à [fopharma5962@gmail.com](mailto:fopharma5962@gmail.com).

Adressez votre bulletin et documents à :



**Syndicat FO PHARMACIE 59/62**  
A l'attention de Catherine  
PAMART, Trésorière  
Bourse du Travail Bvd de l'Usine  
CS 90022 59045 LILLE CEDEX

**J'adhère :**

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_