



# SYNDICAT CGT

## HOPITAUX DU VAL DE LORRAINE

### *FICHE DE CONNAISSANCE DU SYNDIQUÉ(E)*

MLLE  MME  MR

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**ÉTABLISSEMENT :** .....

**ADRESSE PROFESSIONNELLE :** .....

.....

**TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :** .....

**FONCTION / EMPLOI :** .....

**ADRESSE PERSONNELLE :** .....

.....

**TÉLÉPHONE PERSONNEL :** .....

**TÉLÉPHONE MOBILE :** .....

**FAX :** .....

**ADRESSE MAIL :** .....

**COTISATION MENSUELLE :** .....

**PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE DE LA COTISATION :** OUI  NON

**DATE :** .....

**SIGNATURE :**