

Bulletin d'Adhésion

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal et bureau distributeur :

Commune

Téléphone personnel :

Date d'entrée en Mutualité Sociale Agricole :

Date de nomination *

- Sous-Directeur
- Directeur-Adjoint
- Directeur Comptable et Financier
- Directeur
- Directeur Général

* *Date du Conseil d'Administration de la Caisse accordant délégation de pouvoirs et/ou date d'agrément ministériel s'il y a lieu.*

Fonction exercée :

Organisme employeur :

Téléphone professionnel :

Adresse e.mail :

déclare donner mon adhésion au **Syndicat National des Agents de Direction de la Mutualité Sociale Agricole** et m'engage à verser la cotisation fixée par le Conseil d'Administration.

Fait à : le :

Signature,

Les données recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par le SNAD MSA lui permettant de gérer votre demande d'adhésion. Elles sont destinées au secrétariat du syndicat et sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder trois ans après votre dernière adhésion, sans préjudice de dispositions législatives ou réglementaires propres à certaines catégories de données imposant une durée de conservation particulière (contentieux, obligations fiscales...). Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez exercer vos droits en contactant le Président du SNAD MSA, 1 Boulevard de Vladimir – CS 60000 - 17106 SAINTES Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le SNAD MSA que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.