

Bulletin d'adhésion



Je soussigné(e)

Demande mon adhésion à **UNSA OFFICIERS**

25, rue des Tanneries - 75013 PARIS | Tél. 01 43 40 64 27 | Fax: 01 71 18 88 90 | Mail: contact@unsa-officiers.fr

Je règle ma cotisation de : €

Par chèque n°

Par prélèvement bancaire trimestriel
(complétez l'autorisation de prélèvement)

Matricule

DATE

SIGNATURE

Nom :

Prénoms :

Affectation & service :

Nom de jeune fille :

Situation familiale :

Adresse personnelle :

Tél. personnel : Tél. portable : Dpt :

Mail : Date / lieu de naissance :

Je souhaite recevoir les informations syndicales par : mail et/ou téléphone

Montant des cotisations annuelles en Euros

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Elève Lieutenant : 10 euros | <input type="checkbox"/> Capitaine : 103 euros |
| <input type="checkbox"/> Lieutenant stagiaire : 10 euros | <input type="checkbox"/> Commandant : 123 euros |
| <input type="checkbox"/> Lieutenant : 83 euros | <input type="checkbox"/> Commandant E.F. : 143 euros |

Le montant de la cotisation est déductible des impôts sur le revenu à hauteur de 66%.

Nom du délégué : SECTEUR :

Avis : CODE SECTION :

Conformément à la loi informatique et libertés du 06.01.1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toutes les informations me concernant sur le fichier UNSA Police en m'adressant à son siège
Bulletin d'adhésion conforme à la législation SEPA.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Paiement Récurrent

Référence unique de Mandat

Identité du payeur, Titulaire du compte

Mme Mr NOM PRÉNOM

Adresse

Code Postal

Coordonnées Bancaires - Désignation du compte à débiter

BIC

IBAN

Désignation du Créancier

UNSA OFFICIERS
25, rue des Tanneries - 75013 PARIS

Identifiant Créancier SEPA

FR36ZZZ635973

En signant ce formulaire de Mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez - l'UNSA OFFICIERS - à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'UNSA OFFICIERS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

NB: Vos droits concernant le présent Mandat Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Signé à le ____/____/____

Signature

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC-IBAN.