

Adhérent

Trésorerie de la section

Je soussigné(e)
 M^{me} M^{lle} M.
 Nom :
 Prénom :
 Établissement :
 Activité :
 « retraité » :
 Nature de la disponibilité :
 Fonctionnaire Contractuel
 Poste ou Télécom :
 Classification : classe : Niveau :
 Temps partiel ou CDD : 50 % 60 % 70 % 80 %
 Nombre d'heures : [] N° Sécurité sociale ⁽¹⁾ [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Adresse personnelle :
 Commune :
 Code postal : [] [] [] [] [] []
 Tél. : Portable :
 Mail :@.....

Numéro de la Section : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Code Département : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Numéro Entité [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Code Établissement/ service : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Code Activité : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Code Branche (P ou T) : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Classification Classe : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Niveau : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Syndicat n° [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Code Disponibilité : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

(1) les sept premiers chiffres seulement

Déclare adhérer à la Fédération Syndicaliste Force Ouvrière de la Communication

À partir du : à : le : Signature

Désire Ne désire pas

adhérer au prélèvement automatique des cotisations



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Fédération Syndicaliste Force Ouvrière Communication à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et, votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fédération Syndicaliste Force Ouvrière Communication

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.



Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR 80 ZZZ 52 45 04

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom

Nom Fédération Syndicaliste Force Ouvrière Communication

Votre Adresse

Adresse 60 Rue Vergniaud

Code postal Pays

Code postal 75640 Ville Paris

Ville

Pays France

IBAN []

[] []

BIC []

Paiement : Récurrent/Répétitif

A :

Le : []

Signature :
 []

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat. Joindre un RIB comportant BIC-IBAN