

BULLETIN D'ADHESION à INTER 87 - FSU

ce qui est grisé est à compléter

NOM.....	Prénom.....	Date de naissance :/..../.....
mail	@.....	Tél fixe : Tél port :
Adresse.....		
Code Postal.....	Commune.....	
Collectivité/Etablissement.....		
Adresse pro.....		
Temps de travail :%	Tél pro :	Mail pro :@.....
Service.....	Grade/emploi.....	Echelon :

(1) J'adhère à INTER 87 - FSU à dater du (Cette date est le premier jour du mois pour lequel la première cotisation est versée)

Ma cotisation mensuelle sera calculée sur la base de 0,75 % du salaire mensuel net perçu qui est de : € hors prime *

Mon paiement automatisé aura lieu **tous les 3 mois (joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire IBAN)**

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à INTER 87 - FSU d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations sont aussi communiquées au SNUCLIAS et à la Fédération Syndicale Unitaire. Elles ne peuvent être communiquées à l'extérieur pour des opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Date Signature

* si vous le préférez, indiquez votre indice figurant sur votre bulletin de salaire, nous ferons le calcul du montant de votre cotisation :

.....
Pour les assistants familiaux, il est appliqué une cotisation forfaitaire de 5 € par mois

*

Syndicat INTER 87 FSU

44, rue Rhin et Danube

87280 LIMOGES

05 87 41 62 29

inter87fsu@sfr.fr

Date du premier prélèvement SEPA

Prélèvement effectué **tous les 3 mois** (soit les 10 janvier, 10 avril, 10 juillet et 10 octobre de l'année)

Cotisation mensuelle €

Montant de chaque prélèvement €

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat INTER 87-FSU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'INTER 87-FSU. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**IDENTIFIANT
CREANCIER SEPA
FR68ZZZ481167**

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom, Prénom.....

Adresse.....

Code Postal Ville

RUM :

Nom et adresse du créancier :

INTER 87- FSU

**44, Rue Rhin et Danube
87280 LIMOGES**

MANDAT DE PRELEVEMENT RECURRENT

Paiement récurrent

Date signature du mandat :

A :

Signature :

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

BIC (CODE IDENTIFICATION BANQUE)

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire IBAN