BULLETIN D'ADHéSION

SNUTER 23 - FSU

432 Maison des Associations
23000 GUERET
snuter23fsu@gmail.com

LA FSU TERRITORIALE Creuse

] Monsieur ☐

NOM..... Prénom.....

Date de naissance :_|_|_|_|_|_| adresse mail : ……@.....

Tel :..... Adresse.....

Code Postal……..... Ville .....

Collectivité.....catégorie ……...

Grade ou emploi.....

Pour les ASSFAM combien d'enfants 1 où 2: 5€ ☐ 3 et plus: 10€ ☐

J'adhère au SNUTER 23 - FSU à dater du (1) _|_|_|_|_|_|

Ma cotisation mensuelle sera calculée sur la base de **0,5** % pour les catégories **C**, **0,55** % pour les catégories **B**, **0,6** % pour les catégories **A** du salaire annuel net qui est de : ……..…….. € divisé par 12. (2)

on paiement automatisé aura lieu tous les **3 mois. (joindre le Relevé d'identité bancaire IBAN ainsi que le dernier bulletin de salaire)**

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre au SNUTER 23 - FSU d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations sont aussi communiquées au SNUTER 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

(1) Cette date est le premier jour du mois pour lequel la première cotisation a été versée

(2) Montant du dernier salaire annuel net imposable

La FSU Territoriale
de la Creuse
542, Maisons des Associations
23000 GUÉRET

PARTIE RÉSERVÉE AU SYNDICAT

Date du premier prélèvement SEPA _|_|_|_|_|_| Prélèvement effectué tous les **3 mois**

Cotisation mensuelle ..|..|..|,..|..| Montant de chaque prélèvement ..|..|..|..|..|

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNUTER 23-FSU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUTER 23-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 CRéANCIER SEPA

FR 29ZZZ646284

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DéBITEUR

Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐

Nom, Prénom……

Adresse.....

……

Code Postal ……Ville ……..

IBAN (InternaTIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)

_|_|_|_| _|_|_|_| _|_|_|_| _|_|_|_| _|_|_|_| _|_|_|_| _|_|_|

BIC (CODE IDENTIFICATION BANQUE)

_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RUM : _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM ET ADRESSE DU CRéANCIER :

La FSU Territoriale de la creuse
542,Maisons des Associations
23000 GUERET

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT RéCURRENT

Paiement récurrent …☒……

……

Date, signature du mandat : _|_|_|_|_|_|

À : **Signature :**

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire IBAN