



Bulletin d'adhésion pour l'année 2024

Nom : Prénom :
Téléphone : DISP.
Etablissement : Date d'entrée dans l'administration :
Mail personnel :

Adresse:

Code postal : Ville :

☐ Nouvelle adhésion ☐ Renouvellement

Déclare adhérer au Syndicat Pénitentiaire des Surveillants, en réglant ma cotisation :

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Adhésion normale 70 € | ☐ Prélèvement automatique ^{(1) (2)} <u>en 1 ou 2 ou 4 fois*</u> | ☐ Chèque ⁽³⁾ |
| ☐ Elèves, stagiaires et retraités 35 € | ☐ Prélèvement automatique ^{(1) (2)} <u>en 1 ou 2 fois*</u> | ☐ Chèque ⁽³⁾ |
| ☐ couple 100€ (remplir 2 bulletins) | ☐ Prélèvement automatique ^{(1) (2)} <u>en 1 ou 2 ou 4 fois*</u> | ☐ Chèque ⁽³⁾ |
- *entourer votre préférence

⁽¹⁾Pour le **prélèvement automatique** fournir un **RIB** + remplir le formulaire **SEPA** (Le type de prélèvement sélectionné s'effectuera le 02 du mois selon votre choix sous le libellé: Syndicat Pénitentiaire des Surveillants Numéro RUM). ⁽²⁾Renouvelable chaque année. ⁽³⁾Pour les **chèques**, ils doivent être libellés à l'ordre du **Syndicat National Pénitentiaire des Surveillants Non-gradés** et remis à votre **secrétaire local**.

Envoyer les adhésions à : Trésorier national S.P.S., 9 rue de la Chêneraie, 28 220 CLOYES SUR LE LOIR.

..... NE PAS DECOUPER NE PAS DECOUPER NE PAS DECOUPER NE PAS DECOUPER.....

Prélèvement automatique

Mandat de prélèvement SEPA Single Euro Payments Area		En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Syndicat Pénitentiaire des Surveillants à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat Pénitentiaire des Surveillants.	
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 64ZZZ667673	
Débiteur :		Créancier :	
Votre Nom		Nom Syndicat Pénitentiaire des Surveillants	
Votre Adresse		Adresse Centre Pénitentiaire de Seysses Rue Danielle Casanova BP 85	
Code postal		Code postal 31600 Ville SEYSSSES	
Pays		Pays France	
IBAN			
BIC		Paiement : ☒ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel	
Tiers débiteur		Tiers créancier Syndicat Pénitentiaire des Surveillants	
A :		Le :	
Signature :			
		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	
		Veuillez compléter tous les champs du mandat.	

Les données **Tiers débiteurs** et **Tiers créancier** sont à compléter si l'émetteur du prélèvement et/ou le débiteur interviennent pour compte d'un tiers : - **Tiers créancier** : Nom du détenteur de la créance s'il est différent du créancier qui génère le prélèvement (qui agit pour compte de...), - **Tiers débiteur** : Nom du débiteur final s'il est différent du titulaire du compte à prélever renseigné dans le mandat.