



Bulletin d'adhésion pour l'année 2022

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 :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adhésion normale 70 € | <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique ^{(1) (2)} en 1 ou 2 ou 4 fois* | <input type="checkbox"/> Chèque ⁽³⁾ |
| <input type="checkbox"/> Elèves, stagiaires et retraités 35 € | <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique ^{(1) (2)} en 1 ou 2 fois* | <input type="checkbox"/> Chèque ⁽³⁾ |
| <input type="checkbox"/> couple 100€ (remplir 2 bulletins) | <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique ^{(1) (2)} en 1 ou 2 ou 4 fois* | <input type="checkbox"/> 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  <small>Single Euro Payments Area</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <u>Syndicat Pénitentiaire des Surveillants</u> à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du <u>Syndicat Pénitentiaire des Surveillants</u> 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 <u>Syndicat Pénitentiaire des Surveillants</u>
Votre Adresse	Adresse <u>Centre Pénitentiaire de Seysses</u> <u>Rue Danielle Casanova</u> <u>BP 85</u>
Code postal	Code postal <u>31600</u> Ville <u>SEYSSES</u>
Pays	Pays <u>France</u>
IBAN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
BIC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tiers débiteur	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel Tiers créancier <u>Syndicat Pénitentiaire des Surveillants</u>
A :	Le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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.