Bulletin d'adhésion pour l'année 2025

S.P.S. - C.E.A.

Nom :_____Prénom :_____Grade_____

Téléphone :_____DISP :_____Etablissement :_____

Date d'entrée dans l'administration :_____Mail personnel :_____

Adresse:_____

☐ Nouvelle adhésion ☐ Renouvellement *entourer votre préférence

Déclare adhérer au S.P.S-C.E.A., en réglant ma cotisation :

☐ Adhésion surveillant/ surveillant Brigadier	70 €	☐ Prélèvement automatique(1) (2)	en 1 ou 2 ou 4 fois*	☐ Chèque
☐ Brigadier Chef / Majors Expertise	70 €	☐ Prélèvement automatique(1) (2)	en 1 ou 2 ou 4 fois*	☐ Chèque
☐ Brigadier Chef / Majors Encadrement	70 €	☐ Prélèvement automatique(1) (2)	en 1 ou 2 ou 4 fois*	☐ Chèque
☐ Elèves, stagiaires et retraités	35 €	☐ Prélèvement automatique(1) (2)	en 1 ou 2 fois*	☐ Chèque
☐ couple (remplir 2 bulletins)	100 €	☐ Prélèvement automatique(1) (2)	en 1 ou 2 ou 4 fois*	☐ Chèque

La Commission Exécutive Nationale pourra prendre l'initiative d'un relèvement de la cotisation annuelle si la conjoncture ou la situation de l'Organisation l'exige.

(1)Pour le **prélèvement automatique** fournir un **RIB** + remplir le formulaire **SEPA** (Le type de prélèvement sélectionné s'effectueront le 02 du mois selon votre choix sous le libellé: Syndicat Pénitentiaire des Surveillants – C.E.A. Numéro RUM). (2)Renouvelable chaque année.

Vous pouvez remettre ce formulaire à votre secrétaire local, ou l'envoyer à :

Trésorier national S.P.S-C.E.A., 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

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 :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom Syndicat Pénitentiaire des Surveillants - C.E.A.

Adresse Centre Pénitentiaire de Seysses
Rue Danielle Casanova
BP 85

Code postal 31600 Ville SEYSSES

Pays France

IBAN

BIC

Paiement : [x] 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.