

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)} | <u>en 1 ou 2 ou 4 fois*</u> | ☐ Chèque |
| ☐ Brigadier-Chef / Majors Expertise | 70 € | ☐ Prélèvement automatique ^{(1) (2)} | <u>en 1 ou 2 ou 4 fois*</u> | ☐ Chèque |
| ☐ Brigadier Chef / Majors Encadrement | 70 € | ☐ Prélèvement automatique ^{(1) (2)} | <u>en 1 ou 2 ou 4 fois*</u> | ☐ Chèque |
| ☐ Elèves, stagiaires et retraités | 35 € | ☐ Prélèvement automatique ^{(1) (2)} | <u>en 1 ou 2 fois*</u> | ☐ Chèque |
| ☐ couple (remplir 2 bulletins) | 100 € | ☐ Prélèvement automatique ^{(1) (2)} | <u>en 1 ou 2 ou 4 fois*</u> | ☐ 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'effectuera 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	
Débité :		Créancier :	
Votre Nom		Nom Syndicat Pénitentiaire des Surveillants - C.E.A.	
Votre Adresse		Adresse Centre Pénitentiaire de Seysses Rue Danielle Casanova BP 85	
Code postal	Ville	Code postal	31600 Ville SEYSSSES
Pays		Pays	France
IBAN			
BIC			
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.