

**Adhérent**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel fixe :

Tel mobile :

Mail :

**Employeur**

Nom Employeur :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone :

**Syndicat**

Section :

Branche :

Montant de cotisation mensuelle: €

Mode de paiement :

Prélèvement automatique

☐

Chèque

☐

**Emploi**

Catégorie :

Filière :

Statut :

Grade :

Temps plein

☐

Temps Partiel :

%

Date :

Signature :

Les informations recueillies ont pour objet de permettre au syndicat d'organiser l'action, d'informer et de consulter des adhérents. J'accepte de fournir au syndicat et pour le seul usage syndical les données personnelles nécessaires à mon information. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute les données vous concernant dans notre fichier selon la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978

**Pour calculer le montant de votre cotisation, vous multipliez le montant de votre salaire mensuel par 0,65 et divisez par 100.**

**Par exemple, pour un salaire de 1300€ :  $1300 \times 0,65 : 100 = 8,45\text{€}/\text{mois}$ .**

**Pour envoi de votre bulletin d'adhésion :**

**FSU TERRITORIALE 63  
29 rue Gabriel PERI  
63000 CLERMONT-FERRAND**

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT : [snuter63@gmail.com](mailto:snuter63@gmail.com) 06.77.39.02.17**

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

Référence unique du mandat (RUM) :

**Identifiant du créancier SEPA**

**FR86ZZZ484238**

.....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la FSU TERRITORIALE 63 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FSU TERRITORIALE 63. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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,

- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Titulaire du compte à débiter :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

**IBAN** (International Bank Account Number)

.....

**BIC** (Code identification Banque)

.....

**Nom et adresse du créancier :**

**FSU TERRITORIALE 63  
29 rue Gabriel PERI  
63000 CLERMONT-FERRAND**

**Type de paiement : récurrent**

**Fait à :**

**Le :**

**Signature :**

**Joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire IBAN**