



BULLETIN D'ADHESION

NOM..... Prénom..... Date de naissance/...../.....
 mail.....@..... Tél fixe :..... Tél port :.....
 Adresse.....
 Code Postal..... Commune.....
 Collectivité/Etablissement.....
 Adresse pro.....
 Temps de travail :% Tél pro :..... Mail pro :.....@.....
 Service Grade/emploi..... Echelon :.....

J'adhère à INTER 87 - FSU à dater du / / (Cette date est le premier jour du mois pour lequel la première cotisation est versée)
 Ma cotisation mensuelle sera calculée sur la base de 0,75 % du salaire mensuel net perçu **HORS PRIME** qui est de : € **ou** indiquez
 votre indice qui figure sur votre bulletin de salaire. :

Mon paiement automatisé aura lieu **tous les 3 mois (joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire IBAN)**
 Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à INTER 87 - FSU d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents.
 Ces informations sont aussi communiquées au SNUTER FSU. Elles ne peuvent être communiquées à l'extérieur pour des opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.



Revue de la Fédération Syndicale Unitaire abonnement offert pour les adhérents

Je souhaite recevoir le journal **POUR** par mail

Je souhaite recevoir le journal **POUR** par voie postale

Date Signature

Syndicat INTER 87 FSU

44, rue Rhin et Danube

87280 LIMOGES

Tél : 05 87 41 62 29

Mail : inter87fsu@sfr.fr

<https://inter87fsu.fr>

Date du premier prélèvement SEPA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Prélèvement effectué tous les 3 mois (soit les 10 janvier, 10 avril, 10 juillet et 10 octobre de l'année)	
Cotisation mensuelle <u> </u> , <u> </u> €	Montant de chaque prélèvement <u> </u> , <u> </u> €

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat INTER 87-FSU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'INTER 87-FSU. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**IDENTIFIANT
 CREANCIER SEPA
 FR68ZZZ481167**

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	
Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom.....	
Adresse.....	
Code Postal Ville	

RUM : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Nom et adresse du créancier : INTER 87- FSU 44, Rue Rhin et Danube 87280 LIMOGES

IBAN (INTERNATIONAL BANK ACCOUNT NUMBER)
<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

MANDAT DE PRELEVEMENT RECURRENT	
Paiement récurrent ... <input checked="" type="checkbox"/>
Date de la signature du mandat : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
A :	Signature :

BIC (CODE IDENTIFICATION BANQUE)
<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire IBAN