



BULLETIN D'ADHESION 2017



Nom:

Prénom

Adresse :

Code Postal :

Ville:

Date de naissance

Tél. :

Email personnel:

Email professionnel :

Entreprise:

Région

Date d'entrée dans l'entreprise :

Cotisation SNCSA :

Niveau Echelon de base et Echelon intermédiaire: **Cotisation pour 2017 : 136 €**

Retraités: Cotisation pour 2017 : **100 €**

Autre commentaire ou précision:

**Vous bénéficiez d'une réduction d'impôt de 66% du montant de votre cotisation
Soit un crédit d'impôt de 89,76 € pour 136 € de cotisation.**

En outre, grâce à votre adhésion, vous bénéficiez d'une assurance protection juridique professionnelle. (Voir les conditions sur notre site : www.snicsa.org)

Chèque bancaire libellé à l'ordre du SNCSA (à joindre au présent bulletin)

- Prélèvement annuel (7 mars)
- Prélèvements semestriels (7 mars et 7 octobre)
- Paiement en ligne sur le site SNCSA (paiement sécurisé par Carte Bancaire)
- Virement internet sur compte CIC dont IBAN à demander à Trésorier:
maurice.kochanek@gmail.com ou Webmaster: henry.rouch@wanadoo.fr

Pour les prélèvements automatiques, merci de remplir le mandat SEPA joint en précisant l'adresse **EXACTE de votre banque. Le mandat signé accompagné d'un RIB est à joindre au présent bulletin.**

A

le:

Signature

Mandat de prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SYNDICAT NATIONAL DES CONSEILLERS SALARIES D'ASSURANCES (SNCSA)** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux **SNCSA** instructions de



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 :

Débitéur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal

Pays

IBAN

BIC

Tiers débiteur

A :

Identifiant créancier

SEPA :

Créancier :

Nom

Adresse

Code postal

Pays

Paiement :

Tiers créancier

Le :

FR46ZZZ568378

SYNDICAT NATIONAL DES CONSEILLERS SALARIES D'ASSURANCES (SNCSA)

43 Rue de Provence

75009

Ville

PARIS

FRANCE

Signature :

Récurrent/Répétitif Ponctuel

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.