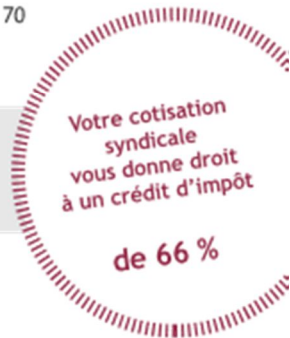




Adhésion ou renouvellement 2019



Syndicat National des Inspecteurs d'Assurances
43, rue de Provence 75009 PARIS - Tél. 01 55 31 96 70
E-mail : administration@snia.fr - www.snia.fr



NOM :

ADHÉSION parrainée par :

PRÉNOM :

RENOUELEMENT

Pour la bonne tenue de nos fichiers, afin de faciliter nos échanges et de vous offrir un service de qualité, nous vous remercions de compléter tous les champs suivants.
Si vous rencontrez des difficultés pour remplir ce formulaire, contactez-nous au 01 55 31 96 70

Vos informations Personnelles

ADRESSE :

CP : VILLE :

TÉL. :

EMAIL :

DATE DE NAISSANCE :

EMPLOYEUR :

CE DE RATTACHEMENT :

DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE :

RÉSEAU : CLASSE :

Mode de paiement

PRÉLÈVEMENT ANNUEL (25 mars 2019)

PRÉLÈVEMENTS SEMESTRIELS

(25 mars 2019, 23 septembre 2019)

PRÉLÈVEMENTS TRIMESTRIELS (25 mars 2019)

24 juin 2019, 23 septembre 2019, 2 décembre 2019)

Merci de remplir le mandat SEPA ci-dessous en y joignant un RIB.

Chaque membre actif ou retraité doit s'acquitter du paiement de sa cotisation à partir du 1er jour de l'année civile en cours.
La cotisation peut être réglée annuellement, semestriellement ou trimestriellement par prélèvement automatique.
Il n'est pas possible de changer de niveau de cotisation en cours d'exercice.
Vous avez éventuellement la possibilité de régler votre cotisation par chèque bancaire (un seul chèque par année de cotisation) libellé à l'ordre du SNIA ou par Carte bancaire sur notre site Internet www.snia.fr (module sécurisé par notre banque).

Cotisations SNIA 2019

<input type="checkbox"/> NIVEAU 1	Rémunération annuelle brute inférieure à 62 000 euros	244 euros
<input type="checkbox"/> NIVEAU 2	Rémunération annuelle brute supérieure à 62 000 euros	324 euros
<input type="checkbox"/> NIVEAU 3	Retraités (Les retraités qui le souhaitent peuvent verser la cotisation correspondante à leur ancienne rémunération)	128 euros

Pour les nouvelles adhésions 2019, la cotisation à 200 euros pour une rémunération annuelle brute inférieure à 42 000 euros est maintenue sur présentation d'un justificatif de revenus

Signature

Je déclare avoir lu et accepté les statuts et le règlement intérieur du SNIA disponibles sur notre site Internet rubrique «Qui sommes-nous?»

A : LE :

SIGNATURE :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SNIA - Syndicat National des Inspecteurs d'Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SNIA - Syndicat National des Inspecteurs d'Assurances. 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 3 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.



Référence unique du mandat :
(Champ réservé à l'administration du SNIA)

Identifiant créancier SEPA : FR38ZZZ432237

Débiteur :

Créancier :

Votre nom

SNIA - Syndicat National des Inspecteurs d'Assurances

Votre adresse

43 rue de Provence

Code Postal Ville

75009 Paris

Pays

France

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

A :

Le :

Signature :

Note : 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