



**SYNDICAT SUD ASSURANCE idf**

144 Boulevard de la Villette 75019 PARIS

Tél : 06 66 75 97 84 - fax 01 86 95 72 95 - Mail : [sud.assurance@gmail.com](mailto:sud.assurance@gmail.com)

Internet : <http://sud-assurance.wifeo.com>

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....  
Adresse : .....  
Ent. Assurance : .....  
Fonction : .....  
Tél Pro : ..... Portable : ..... Tél. Perso : .....  
E-mail Pro : ..... E-mail perso.....

EMPLOYE  CADRE

**Bulletin à retourner complété et signé à la Secrétaire Générale Sud Assurance idf :**

**Mme Christel LACAILLE – 111 Avenue Albert Caillou 77500 CHELLES  
ou par courriel à : [sud.assurance@gmail.com](mailto:sud.assurance@gmail.com)**



**La cotisation est réglée par prélèvement automatique.**

Pour les employés : 9 € par mois – Pour les cadres : 15 € par mois

Important : les cotisations versées au cours de l'année ouvrent droit à une réduction de l'impôt sur le revenu de 66 % sur présentation d'une attestation du syndicat, c'est-à-dire que sur une cotisation de 9 €, vous récupérez 5.94 € sur les impôts, votre cotisation vous coûte réellement 3.06 € (10 centimes par jour). L'adhésion est confidentielle.

**Avec la présente adhésion, il convient de joindre un RIB ou un RIP**

**A le signature**

<b>Mandat de prélèvement</b> 	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <u>Syndicat Sud Assurance IDF</u>																				
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <u>Syndicat Sud Assurance IDF</u>																				
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 : <u>FR90ZZZ648969</u>																				
Débitteur : _____	Créancier : _____																				
Votre Nom _____	Syndicat Sud Assurance IDF																				
Votre Adresse _____	144 Boulevard de la Villette																				
Code postal _____ Ville _____	75019 PARIS																				
Pays _____																					
IBAN <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																					
BIC <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				Paiement : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel	
A : _____	Le : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				
Signature : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 300px; height: 50px;"></td></tr></table>		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.																			
<b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b>																					