



REJOINS LA FORCE !

Je soussigné(e), (prénom) (nom)

n° sécurité sociale (uniquement les 7 premiers chiffres):

né(e) le et demeurant (n° et rue)

à (code postal) (ville)

Téléphone Mail

déclare adhérer à la Fédération Syndicaliste Force Ouvrière de la Communication à partir du (date):

..... Fait à le

Cachet du Syndicat

Signature de l'adhérent

Renseignements concernant le nouvel adhérent: (cocher les cases correspondantes) Sexe: H F

Fonctionnaire Contractuel Grade/Niveau: Temps plein Temps partiel ou CDD %:

Unité/service Poste occupé

Désire Ne désire pas adhérer au prélèvement automatique des cotisations



Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Fédération Syndicaliste Force Ouvrière Communication à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fédération Syndicaliste Force Ouvrière Communication.

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: FR 80 ZZZ 52 45 04

Débiteur:

Votre nom:

Votre adresse:

Code postal: Ville:

Pays:

IBAN

BIC

À:

Créancier:

Nom Fédération Syndicaliste Force Ouvrière Communication

Adresse 60 rue Vergniaud

Code postal 75640 Ville Paris

Pays France

IBAN

BIC

Le:

Signature

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. Joindre un RIB comportant BIC-IBAN