



de la **FO**rce à votre avenir

Je soussigné(e), (prénom)(nom)

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

né(e) leet 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 % CDD

Unité/serviceNODPoste occupé

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

Désire Ne désire pas adhérer au prélèvement automatique des cotisations



**Mandat
de prélèvement
SEPA
S€PA**

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

Débitéur:

Votre nom:

Votre adresse:

Code postal: Ville:

Pays:

IBAN

BIC

À:

Signature

Créancier:

Nom Fédération Syndicaliste Force Ouvrière Communication

Adresse 60 rue Vergniaud

Code postal 75640 Ville Paris

Pays France

Le:

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**