Bulletin d'Adhésion

N° d'Adhérent :
_____ / 202 __

COORDONNÉES

NOM*: .....
Prénom* : .....
Date de naissance* : ..... / ..... / .....
Adresse* : .....
.....
Code postal* : .....
Ville* : .....

N° Téléphone : ...../...../...../...../.....

N° Portable : ...../...../...../...../.....

Email personnel : .....

Email professionnel : .....@gh-portesdeprovence.fr

GHPP site(s) :
❒ CH Montélimar ❒ EHPAD/SSR Dieulefit
❒ EHPAD Donzère ❒ EHPAD *La Manoudière*
❒ Autre .....

SITUATION STATUTAIRE

Situation : ❒ Actif ❒ Disponibilité ❒ Privé.e d'emploi / Suspendu.e ❒ Retraité.e

Catégorie : ❒ A ❒ B ❒ C

Profession : _____ **Service** : _____

Grade : _____

Statut : ❒ Titulaire ❒ Stagiaire ❒ CDI ❒ CDD ❒ CUI ❒ Etudiant.e ❒ Autre

Á _____ , **le** ..... / ..... / 202.....

Signature :

❒ J'accepte d'être **sur la liste de diffusion de la *Newsletter* CGT-GHPP**

COTISATION MENSUELLE

Montant de votre cotisation mensuelle : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ , ⌊__⌋⌊__⌋ €

Date du 1er prélèvement : ..... / ..... / 202...

Prélèvements effectués le 10 de chaque mois.

*Champs à remplir obligatoirement

Mandat de prélèvement SEPA

N° d'Adhérent :
_____ / 202 __

Identifiant Créancier SEPA :
CGT - Groupement Hospitalier *Portes de Provence*
Quartier Beausseret - BP 249
26216 Montélimar Cedex

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat **CGT Groupement Hospitalier *Portes de Provence***, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat **CGT Groupement Hospitalier *Portes de Provence.***
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 (à remplir par le Syndicat)

TITULAIRE DU COMPTE Á DÉBITER

NOM*: _____.

Prénom* : _____.

Adresse* : _____.

_____.

Code postal* : _____ **Ville*** : _____.

Tiers débiteur si différent du titulaire du compte à débiter

NOM*: _____

Prénom* : _____

Paiement récurrent / répétitif ☒

Prélèvement effectué le 10 de chaque mois

Pour un montant de ⌊__⌋⌊__⌋ , ⌊__⌋⌊__⌋

Débutant le : ..... / ..... / 202...

VOS COORDONNÉES BANCAIRES

*Joindre impérativement un RIB

Numéro d'identification du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Á _____, **le** ..... / ..... / 202...

Signature :