

# Formulaire d'Adhésion

## Vos informations personnelles :

Nom :  Prénom :  Date de Nais. :

Adresse :

Code postal :  Ville :

E-mail :  Tel fixe :  Tel portable :

## Vos informations professionnelles :

Centre d'affectation :

Grade :  Elève (5€)  Stagiaire (10€)  Titulaire (30€)  Retraité (10€)

## Adhésion aux statuts de l'UNSA ICNA :

Je soussigné(e), , déclare avoir reçu un exemplaire des statuts de l'UNSA-ICNA, en avoir pris connaissance et y adhérer sans réserve.

## Demande de prélèvement :

Je souhaite que le paiement de ma cotisation soit effectué par prélèvement automatique mensuel du montant correspondant à mon grade. La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier. A cet effet, je remplis et joins un mandat de prélèvement avec l'UNSA-ICNA.

**J'ai lu et approuvé la déclaration ci-dessus. Celle-ci vaut adhésion à l'UNSA ICNA à compter de ce jour.**

Fait le :

Signature :

Les informations contenues dans la présente demande sont destinées à n'être utilisées que par l'UNSA, pour la gestion de sa relation avec son adhérent. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Renvoyez votre formulaire rempli et signé et le mandat de prélèvement à :

Sylvain HERIVAUX  
Trésorerie UNSA-ICNA  
10 Rue Célestin Freinet  
29200 BREST



N° AD-MANUELLE

# Mandat de prélèvement SEPA

## Autorisation de prélèvement :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'UNSA-ICNA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'UNSA-ICNA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

### Identifiant Créancier SEPA

FR 2 5 ZZ Z 5 5 8 5 7 1

#### Nom et adresse du débiteur


#### Nom et adresse du créancier

UNSA-ICNA  
 56 rue du Faubourg Montmartre  
 75009 PARIS

## Compte à débiter :

IBAN																																				
BIC																																				

#### Etablissement teneur du compte


Fait le :

Signature :



Collez ou agrafez votre R.I.B.

Renvoyez votre formulaire rempli et signé, accompagné d'un RIB, à :

Sylvain HERIVAUX  
 Trésorerie UNSA-ICNA  
 10 Rue Célestin Freinet  
 29200 BREST

