



Bulletin d'adhésion 2020
UNSA – Mairie et CCAS de Saint-Denis

15 rue Pierre de Coubertin Moufia – 97490 SAINTE-CLOTILDE

Tél : 02 62 93 16 24 Fax : 02 62 93 18 67 Gsm : 0692 35 81 16
Courriel : unsamsd@hotmail.fr / Site internet : unsasaintdenis974.com

A NOM, Prénom(s) - obligatoire

NOM : _____ Né(e) le : _____ / _____ / _____
JJ MM AA

Prénom(s) : _____

B Adresse et coordonnées téléphoniques (en cas de changement)

Adresse : _____
NUMERO NOM DE LA VOIE

_____ COMPLEMENT D'ADRESSE

_____ LOCALITE
CODE POSTAL

TELEPHONE BUREAU TELEPHONE DOMICILE TELEPHONE MOBILE

E-MAIL FAX BUREAU

C Situation professionnelle (cochez la case correspondante en cas de changement)

1 Quel est votre statut ?

- 1 Titulaire
2 Non titulaire
3 Contractuel (CDD, CDI)
4 Contrat aidé (aide de l'Etat)

Dans ce cas, préciser le nom du contrat

3 Dans quelle filière travaillez-vous ?

- 1 Administrative
2 Technique
3 Sportive
4 Animation
5 Culturelle
6 Médico-sociale
7 Police municipale
8 Sapeurs-pompiers

5 Quel est votre grade et fonction ?

6 Quel est votre échelon ?

- 1 5 9
2 6 10
3 7 11
4 8

2 Quelle est votre catégorie ?

- 1 A
2 B
3 C

4 Année d'entrée dans la FPT *

*Fonction Publique Territoriale

7 Dans quel service travaillez-vous ?

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.

Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au syndicat UNSA – Mairie de Saint-Denis.

VISA
Délégué syndical

VISA
Secrétaire général

Saint-Denis le,

Signature de l'adhérent ▶



**FORMULAIRE D'AUTORISATION
DE PRELEVEMENT BANCAIRE 2020 (1)**

UNSA – Mairie de Saint-Denis

15 rue Pierre de Coubertin Moufia – 97490 SAINTE-CLOTILDE

Tél : 02 62 93 16 24 Fax : 02 62 93 18 67 Gsm : 0692 35 81 16 Courriel : unsamsd@hotmail.fr

IMPORTANT !!! Afin que votre demande soit prise en compte, il est impératif de :

1. Compléter l'intégralité des deux volets de ce formulaire et de les signer.
2. Joindre en même temps un Relevé d'identité bancaire (RIB) pour l'option prélèvement.

VOLET 1

Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé pour le syndicat UNSA – Mairie de Saint-Denis

Je soussigné autorise le syndicat **UNSA - Mairie de Saint-Denis** à prélever mes cotisations sur le compte dont je lui transmets un RIB (à joindre un RIB).

• **Ma cotisation annuelle :**

- 45 € (quarante cinq euros) pour les contractuels ou 22.5 € en 2 fois
- 80 € (quatre vingt euros) pour les titulaires catégorie C ou 40 € en 2 fois
- 95 € (quatre vingt quinze euros) pour les titulaires catégorie B et les agents contractuels B ou 47.5 € en 2 fois
- 110 € (cent dix euros) pour les titulaires CAT A et les agents contractuels A ou 55 € en 2 fois

• **Le prélèvement s'effectuera le 30 du mois d' avril et du mois septembre de chaque année.**

Je prends l'engagement d'informer le syndicat UNSA-MSD de mon intention éventuelle de mettre fin au prélèvement un mois avant son échéance. Pour la première année de prélèvement, le premier prélèvement s'effectuera le 30 du mois (M+1) de la date d'adhésion et le 30 du mois (M+2) si l'adhésion est réalisée à compter du mois de mai.

Si la date de signature de ce formulaire se situe au-delà du 30 novembre, le premier prélèvement s'effectuera l'année suivante selon les termes inscrits ci-dessus.

Date :/...../.....

Signature obligatoire →

VOLET 2

Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à la banque

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désignés ci-dessous.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° SEPA

.....

Titulaire du compte

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nom et adresse du créancier

SYNDICAT UNSA MAIRIE DE SAINT-DENIS
15 rue Pierre de Coubertin Moufia
97490 Sainte-Clotilde

Etablissement teneur du compte à débiter

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Désignation du compté à débiter

Code BIC :

Code IBAN :

Date :

Signature obligatoire :