LA FORCE SYNDICALE
DES PERSONNELS TERRITORIAUX
DE LA
REGION HAUTS-DE-FRANCE

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur adhère à Force Ouvrière

NOM : ………………………………………………………… PRENOM : ……………………………………….

FONCTION : ……………………………………………………………………………………………….

ETABLISSEMENT/DIRECTION : ……………………………………………. VILLE : …………………………….

ADRESSE PERSONNELLE :

……

……

TELEPHONE OBLIGATOIRE : ………………………………………………………………………………………

Temps de travail ....% (paiement de la cotisation au prorata du temps de travail)
Je suis : CAT A ☐ / CAT B ☐ / CAT C ☐ / CONTRACTUEL (LYCEES) ☐

ADRESSE MAIL :

PRELEVEMENT BANCAIRE ☐ OUI (joindre un RIB) ☐ NON

Si je désire le prélèvement automatique mensuel (SEPA) de mes cotisations je remplis la feuille fournie à cet effet.

PAIEMENT PAR CHEQUES ☐ OUI ☐ NON
(Si paiement par chèque : année entière, si adhésion en cours d'année : prorata au nombre de mois restants)

Si je désire le paiement par chèque, merci de le joindre à ce bulletin.

Souhaite recevoir son courrier syndical :
☐ Dans son établissement/direction ☐ Adresse personnelle

LES PRELEVEMENTS ET LES DEPOTS DE CHEQUES S'EFFECTUERONT CHAQUE FIN DE MOIS

COTISATION MENSUELLE : CATEGORIE A : 12 € / CATEGORIE B : 11 € / CATEGORIE C : 10 € / CONTRACTUELS (LYCEES) : 5 €
A l'année : CATEGORIE A : 144 € / CATEGORIE B : 132 € / CATEGORIE C : 120 € / CONTRACTUEL (LYCEES) : 60 €
RETRAITE : 60 € l'année

DATE : …… / …… / ………… **SIGNATURE** :

Document à retourner à l'adresse suivante :
CONSEIL REGIONAL HAUTS-DE-FRANCE
SYNDICAT FORCE OUVRIERE
151 Avenue du Président Hoover
59555 – LILLE Cedex

Pour information : Que vous soyez imposables ou non votre cotisation vous donne droit à une déduction ou crédit d'impôt à hauteur de 66 % de son montant.
Une cotisation annuelle de 120 € (cat C) ne vous coutera en réalité que 40,8 €.

SYNDICAT FO
REGION HAUTS-DE-
FRANCE

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM – Référence Unique de Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par voter banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

CREANCIER : FR76 4255 9000 6141 0200 4311 919
ICS – Identifiant Créancier SEPA

SYNDICAT FO REGION HAUTS DE FRANCE
Nom du créancier

151, boulevard Hoover
Adresse (rue, avenue, …)

5 9 5 5 5 LILLE FRANCE
Code postal *Ville* *Pays*

X *Paiement récurrent / répétitif* *Paiement ponctuel / unique*

DEBITEUR :
*Veuillez compléter les champs marqués**

**Nom / Prénom du débiteur*

**Adresse (rue, avenue, …)*

**Code postal* **Ville* **Pays*

**Coordonnées de votre compte à débiter - IBAN*

**Code International d'identification de votre banque - BIC*

Fait à : _____,

Le: J J / M M / A A A A

Signature (s) :
Signature(s) ::

Note : Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. 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.

A retourner à :

SYNDICAT FO REGION HAUTS DE FRANCE
151, BOULEVARD HOOVER 59555 – LILLE CEDEX

Zone réservée à l'usage du créancier :