



BULLETIN D'ADHÉSION 2023-2024

A renvoyer à
an.unsapostes@gmail.com

M Mme Mlle NOM : _____ Prénom: _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____ Tél : _____ Identifiant(s) : _____

MAIL: _____

Déclare adhérer à l'UNSA-Postes.

Agent de La Poste : Fonctionnaire* Salarié(e) Retraité(e) CDI.Int CDD Apprenti
BGNP/Réseau BSCC/Courrier Colis Services Financiers Autres: _____
Etablissement : _____

Adresse professionnelle : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Tél : _____

Métier : _____ Grade : _____ * Indice : _____

Temps partiel : Oui Non Pourcentage% : _____ Montant : _____

Je souhaite bénéficier du prélèvement automatique de mes cotisations OUI NON

MANDAT En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Société LOGO à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Société LOGO

SEPA 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 pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Single Euro Payments Area
Espace unique de paiement en euros

Nom et Prénom: _____ N° national d'émetteur 637082

Adresse : _____ UNSA POSTES

Code Postal et Ville: _____ 114 Avenue Fontainebleau

Paiement mensuel de : _____ 94270 Le Kremlin Bicêtre

* RUM N° : _____

Identifiant créancier SEPA : FR66 ZZZ 637 082

A : _____ Date : _____ **"Bon pour accord"**

Signature :

Le dossier d'adhésion avec demande d'adhésion au prélèvement est à remettre avec un RIB obligatoirement

* Réservé au suivi de la fédération UNSA POSTES