



Bonjour,

Vous souhaitez adhérer au Syndicat SUD Santé Sociaux 93.

Concernant le paiement des cotisations :

- Vous devez remplir une autorisation de prélèvement mensuel (document joint)
- Ecrire au dos de ce document la date souhaitée du prélèvement ainsi que le montant de votre cotisation
- Nous fournir un RIB récent

**Cette cotisation est fixée à**

- **0.70 % du salaire net/mois pour un salaire de plus de 2000 euros.**
- **0.60 % du salaire net/mois pour un salaire de 1501 à 2000 euros.**
- **0.50 % du salaire net/mois pour un salaire de 1201 à 1500 euros**
- **5 euros pour les salaires inférieurs à 1200 euros**

Un reçu de cotisations syndicales vous sera envoyé l'année suivante ; vous devrez joindre ce reçu pour une exonération d'impôts. (66%)

**Pour information, le montant des cotisations sert à faire vivre le syndicat au niveau du département mais aussi de la Fédération nationale.**

Le trésorier, Degl'innocenti stéphane

Centre hospitalier de St Denis, Syndicat SUD  
2 rue du docteur Delafontaine 93200 St Denis  
06 25 73 33 11



# BULLETIN D'ADHESION

**Solidaires Unitaires Démocratiques**

## Coordonnées personnelles

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Email :

## Coordonnées professionnelles

Etablissement : .....

Adresse : .....

.....

Fonction : .....

Service : .....

Téléphone poste de travail : .....

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA DIRECT DEBIT-SDD

## IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

*Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :*

Nom : SYNDICAT SUD SANTE SOCIAUX 93

Adresse : EPS VILLE EVRARD

202 AVENUE JEAN JAURES

Code postal : 93332

Ville : NEUILLY SUR MARNE

BICS : FR 13ZZZ650937

## REFERENCE DU MANDAT

*Cette référence unique du mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers*

**CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION DE VOTRE MANDAT :** *En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SYNDICAT SUD SANTE SOCIAUX 93 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de paiement de SYNDICAT SUD SANTE SOCIAUX 93. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

## IDENTIFICATION DU CLIENT

*En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :*

Votre Nom : ..... Votre Prénom : .....

Votre adresse N° et Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

## VOS COORDONNEES BANCAIRES

Nom de l'établissement bancaire : .....

BIC : .....

IBAN : .....

**Date du prélèvement mensuel :**     /     /

**Montant du prélèvement mensuel :**

Fait le.....à.....

Signature :

## REFERENCE DU CONTRAT

N° d'identification du contrat : COTISATION SUD

Description du contrat : .....