



Comment Adhérer au Syndicat SUD Santé Sociaux ?

- 1) Remplir le Bulletin d'adhésion, le dater et le signer
- 2) Remplir la demande de prélèvement automatique et signer (SEPA)
- 3) Fournir un IBAN (RIB)
- 4) Calculer votre cotisation

→ Elle est égale à 0,75 % de votre salaire net imposable, prime incluse.

66% de la cotisation est déductible des impôts (crédit d'impôt)

*Pour une cotisation de 12,50 € par mois,
8,25 € sont déductibles des impôts, soit 99,00 € déductibles pour l'année.*

- 5) Faire parvenir le tout à

**Syndicat SUD Santé Sociaux du Pas de Calais
EPSM ARTOIS VAL DE LYS
BP 30
20, rue de BUSNES
62 350 ST VENANT**



Bulletin d'Adhésion

Syndicat Départemental SUD Santé Sociaux du Pas de Calais

Informations Personnelles

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom de Naissance

Nom Usuel

Prénom

Date de Naissance/...../..... Lieu de Naissance

Adresse

.....
.....
.....

Téléphone Domicile Téléphone Mobile

Email

Profession ou Grade

Informations Employeur (Nom et Adresse)

.....
.....
.....

Secteur Privé Secteur Public

Code APE : Nombre de salarié-es : Convention Collective :

**Adhère au Syndicat Départemental SUD Santé Sociaux du Pas de Calais
Affilié à la Fédération SUD Santé Sociaux – Membre de l'Union Syndicale Solidaires**

Date/...../.....

Signature

Ma cotisation est égale à 0,75 % de mon salaire net imposable ...

*Salaire net imposable * 0,0075 / 12 = Ma cotisation mensuelle (dont 66 % est déductible des impôts)*

Mon salaire net imposable est de, le montant de ma cotisation mensuelle est donc de

Je m'engage à la régler régulièrement, soit par chèque, soit par prélèvement automatique (remplir le mandat de prélèvement SEPA dans ce cas)

Syndicat Départemental Santé Sociaux du Pas de Calais – Affilié à la Fédération SUD Santé Sociaux – Membre de l'Union Syndicale Solidaires

Adresse : EPSM ARTOIS VAL DE LYS - BP 30 - 20 RUE DE BUSNES - 62350 SAINT VENANT

Mail : contact@sudsantesociaux62.org – Site : www.sudsantesociaux62.org

Inscription au répertoire départemental sous le N° 6258

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (mandat de prélèvement SEPA)

Informations facultatives :

Les données Tiers débiteurs et Tiers créancier sont des données facultatives :

- Tiers débiteur à compléter pour indiquer le débiteur final s'il est différent du titulaire du compte à prélever
- Tiers créancier à compléter pour indiquer le créancier d'origine s'il est différent du créancier qui génère le prélèvement (qui agit pour compte de...)

Mandat de prélèvement SEPA  <small>Single Euro Payments Area</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SYNDICAT SUD SANTE-SOCIAUX DU PAS-DE-CALAIS																			
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT SUD SANTE-SOCIAUX DU PAS-DE-CALAIS																			
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.																				
Référence unique du mandat : _____	Identifiant créancier SEPA : FR10ZZ641873																			
Débiteur :	Créancier :																			
Votre Nom _____	Nom SYNDICAT SUD SANTE-SOCIAUX DU PAS-DE-CALAIS																			
Votre Adresse _____	Adresse 71 bis, rue Roger Salengro																			
Code postal _____ Ville _____	Code postal 62 223 Ville SAINT-LAURENT-BLANGY																			
Pays _____	Pays France																			
IBAN <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				
BIC _____	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel																			
Tiers débiteur _____	Tiers créancier _____																			
A : _____	Le : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																			
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"><tr><td>Signature :</td></tr></table>	Signature :	Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.																		
Signature :																				
Veillez compléter tous les champs du mandat.																				
<small>Les informations contenues dans le présent mandat 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 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.</small>																				

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).