



FA-FPT Conseil Régional Occitanie 22, boulevard du Maréchal Juin
 bâtiment HR3 Bureau A118 31406 **Toulouse Cedex 9**
 ☎ 05.61.33.55.35 | 06.82.34.37.57
 Montpellier ☎ 04.34.08.10.57
 dav.id31@yahoo.com



AD _____ DATE D'ENTREE _____

BULLETIN D'ADHESION 2020

Renouvellement

Adhésion

INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme M Nom _____ Prénom _____
 Adresse _____
 Ville _____ Code postal _____
 Date de naissance _____ Tél. _____ Portable _____
 Grade _____ Technicité _____ Echelon _____ Email _____ @ _____

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Collectivité /Lycée/Service (+date d'entrée) _____
 Titulaire Stagiaire Couple Contractuel (le) de droit public Retraité(e) Détachement

COTISATION SYNDICALE

GRILLE DES COTISATIONS ANNUELLES :

CATEGORIE A	<input type="checkbox"/>	90 €	soit 30,60 € après déduction d'impôt
CATEGORIE B	<input type="checkbox"/>	75 €	soit 25,50 € après déduction d'impôt
CATEGORIE C	<input type="checkbox"/>	60 €	soit 20,04 € après déduction d'impôt
COUPLE C	<input type="checkbox"/>	110 €	soit 37,40 € après déduction d'impôt
RETRAITE	<input type="checkbox"/>	40 €	soit 13,60 € après déduction d'impôt
HORS REGION	<input type="checkbox"/>	90 €	soit 30,60€ après déduction d'impôt

Paiement des Cotisations:

Prélèvement SEPA (joindre un RIB)

1 fois le.../.../20 2 fois le.../.../20

(Si en deux échéances 31 janvier et 31 juillet)

J'adhère au Syndicat Autonome des territoriaux de la Région OCCITANIE.

A _____, le _____ Signature _____

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre au Syndicat Autonome des Territoriaux de la Région d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent pas être communiquées à l'extérieur du SATCRO pour des opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation, et de rectification des données le concernant

Complétez les rubriques sans omettre de signer. Les fiches incomplètes ne pourront pas être enregistrées dans le fichier des adhérents.

Mandat de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez

Syndicat Autonome des Territoriaux de la Région OCCITANIE.

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **Crédit Mutuel de MURET**

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 : **Cotis SATCRO**

Identifiant créancier SEPA : FR22ZZZ805EFE

Débiteur :

Votre Nom _____
 Votre Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Pays _____

Créancier :

Nom **Syndicat Autonome des Territoriaux du Conseil Régional Occitanie**
 Adresse **Hôtel de Région 22 avenue du Maréchal JUIN**
 Code postal **31406** Ville **TOULOUSE CEDEX 9**
 Pays **France**

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Tiers débiteur _____

Tiers créancier _____

A : _____

Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.