



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
gramouille31@gmail.com



AD: _____
 DATE D'ENTREE: _____

BULLETIN D'ADHESION 2021
 Renouvellement **Adhésion**

INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme Mr Nom _____ Prénom _____
 Adresse _____
 Ville _____ Code postal _____
 Date de naissance _____ Tél. _____ Portable _____
 Grade/Technicité _____ Echelon _____ E.MAIL: _____ @ _____

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

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

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)
 1fois le.../.../21

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  <small>Single Euro Payments Area</small>		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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Paiement : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel		
BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tiers créancier _____		
Tiers débiteur _____	Le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Signature : <input style="width: 300px; height: 40px;" type="text"/>		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.