



**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](mailto:gramouille31@gmail.com)

AD : \_\_\_\_\_ DATE D'ENTREE: \_\_\_\_\_

# BULLETIN D'ADHESION 2022

**Renouvellement**

**Adhésion**

## INFORMATIONS PERSONNELLES

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

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Lycée/Siège/Transport/ERM/DEF/Collectivité (date d'entrée) \_\_\_\_\_  
 Titulaire  Stagiaire  Contractuel (le) de droit public/privé  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
RETRAITE	<input type="checkbox"/>	40 €	soit 13.60 € après déduction d'impôt

### Paiement de la Cotisation:

**X Prélèvement SEPA**  
**(Joindre un RIB)**  
**X 1 fois le... /... /2022**

J'adhère au Syndicat Autonome FAFPT des Agents du Conseil Régional OCCITANIE A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre au Syndicat Autonome FAFPT des Agents du Conseil régional Occitanie d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent pas être communiquées à l'extérieur du FACRO 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.**

<b>Mandat de prélèvement SEPA</b> 	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez	<b>Syndicat Autonome FAFPT des agents du Conseil Régional OCCITANIE.</b>	
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du <b>Crédit Mutuel de MURET</b>		
	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 : <b>Cotisation FACRO</b>	Identifiant créancier SEPA :	FR22ZZZ805EFE	
<b>Débiteur :</b>	<b>Créancier :</b>		
Votre Nom	Nom	<b>Syndicat Autonome FAFPT des Agents du Conseil Régional Occitanie</b>	
Votre Adresse	Adresse	<b>Hôtel de Région 22 avenue du Maréchal JUIN</b>	
Code postal	Code postal	<b>31406</b> Ville <b>TOULOUSE CEDEX 9 France</b>	
Pays	Pays		
IBAN			
BIC			
Tiers débiteur	Paiement : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel		
A :	Tiers créancier		
	Le :		
<b>Signature :</b>			
	Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.		
	<b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b>		