



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 2023

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/Port (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... /... /2023

J'adhère au Syndicat Autonome FAFPT des Agents de la Région OCCITANIE A _____, le _____ Signature :

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez

Syndicat Autonome FAFPT des agents de la Région OCCITANIE.

Mandat de prélèvement SEPA



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 : **Cotisation FARO**

Identifiant créancier SEPA : FR22ZZZ805EFE

Débiteur :

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

Code postal _____

Pays _____

Créancier :

Nom _____

Adresse _____

Code postal _____

Pays _____

Syndicat Autonome FAFPT des Agents de la Région Occitanie

Hôtel de Région 22 avenue du Maréchal JUIN

31406 Ville TOULOUSE CEDEX 9 France

IBAN

BIC

Tiers débiteur _____

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

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.