Groupement Hospitalier
Portes de Provence

Bulletin d'adhésion

Nom* : .....

Prénom* : .....

Date de naissance* : ..... / ..... / .....

Adresse* : .....

.....

Code postal* : .....

Ville* : .....

N° Téléphone : ...../...../...../...../.....

N° Portable : ...../...../...../...../.....

Email personnel : .....

Email professionnel : .....

Centre Hospitalier de .....

Code APE : .....

Adresse du CH : .....

.....

Situation : ❒ Actif ❒ Privé d'emploi ❒ Retraité

Qualification : ❒ Ouvrier ❒ Employé ❒ Technicien ❒ Cadre

Statut : ❒ CDD ❒ CDI ❒ Titulaire ❒ Autre

Á ..... , **le** ..... / ..... / 20.....

Signature :

Montant de votre cotisation mensuelle : |_|_|_| , |_|_| €

Date de votre 1er prélèvement : ..... / ..... / 20.....

Prélèvements effectués le ____ de chaque mois.

N.B. : Votre adhésion vous inscrit d'office à la *Newsletter* de la **CGT**-GHPP. Retrouvez toutes nos infos : **www.cgt-ghpp.fr**

N° d'Adhérent :
_____ / 20 ___

*Champs à remplir obligatoirement

Mandat de prélèvement SEPA

N° d'Adhérent :
_____ / 20 ___

Référence unique du mandat (à remplir par le Syndicat)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat **CGT Groupement Hospitalier *Portes de Provence***, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat **CGT Groupement Hospitalier *Portes de Provence.***
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.

Titulaire du compte à débiter :

Nom* : .....

Prénom* : .....

Adresse* : .....

.....

Code postal* : .....

Ville* : .....

Identifiant Créancier SEPA :

CGT - Groupement Hospitalier *Portes de Provence*
Quartier Beausseret - BP 249
26216 Montélimar Cedex

Groupement Hospitalier
Portes de Provence

Tél : 06 88 09 30 53
Poste : 48 98

Tiers débiteur si différent du titulaire du compte à débiter

Nom* : .....

Prénom* : .....

Paiement récurrent / répétitif ☒

Prélèvement effectué le ___ de chaque mois

Pour un montant de |_|_|_| , |_|_| €

Débutant le : ..... / ..... / 20.....

***Joindre impérativement un RIB**

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Á ..... , **le** ..... / ..... / 20.....

Signature :