



devient



Bulletin d'Adhésion

(à imprimer et à transmettre [en cliquant ICI](#))

Je soussigné(e) Mme – Mlle – Mr*

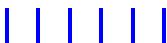
*Rayer la mention inutile

Nom : ----- Nom de J-Fille : -----

Prénom : -----

Né (e) le : ----- à : -----

Demeurant à : -----

Code  Ville -----

Entré (e) dans le Réseau des Caisses d'Épargne le : -----

Occupe un emploi de : -----

Dont le niveau de classification est : -----

Affecté (e) à : ----- ES : -----

Tel Pro  Mobile Pro 

Mobile perso*  Email perso** _____ @ _____

*/** ! Ces modes de contact restent essentiels pour recevoir des informations importantes et ton reçu fiscal.

- Je n'autorise pas l'utilisation de mon n° de téléphone personnel par le UNSA CECAZ
- Je n'autorise pas mon intégration au Groupe Whatsapp UNSA CECAZ
- Je n'autorise pas l'utilisation de mon email personnel par le UNSA CECAZ

Je déclare adhérer à l'UNSA CECAZ, et me conformer à ses statuts.

Tu trouveras ci-dessous la nouvelle grille tarifaire des cotisations applicable au 1^{er} Janvier 2022. Nous te rappelons que depuis le 01/01/2012, la cotisation syndicale annuelle ouvre droit à un crédit d'impôts égal à 66 % des cotisations versées (Exemple ci-dessous) ou devient déductible à 100% en frais réels.

(Cocher la case de ta classification)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
COTISATION ANNUELLE * selon classification	90€	95€	100€	110€	120€	130€	145€	155€	175€	195€	215€
Coût après crédit d'impôt non plafonné	31€	32€	34€	37€	41€	44€	49€	53€	60€	66€	73€
Ton nouveau Prélèvement Mensuel du 30 Janvier au 30 octobre de chaque année	9,00€	9.50€	10.00€	11,00€	12.00€	13,00€	14.50€	15.50€	17.50€	19.50€	21.50€

*les adhérents retraités bénéficient d'une réduction de 50% sur ce tarif

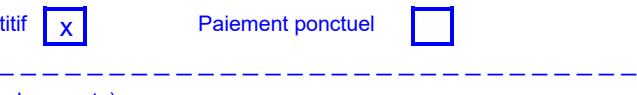
À : ----- Le : -----

Signature :

Mandat de prélèvement SEPA

(Cadre réservé Su Unsa)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat Unifié / Unsa à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat Unifié / Unsa. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. **Veuillez compléter les champs marqués ***

P A R T I E A C O M P L E T E R P A R L , A D H E R E N T	<p>Nom du débiteur * _____</p> <p>Adresse * _____</p> <p>Code postal * _____ Ville _____ Pays _____ FRANCE</p> <p>Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN à compléter * _____</p> <p>Code international d'identification de votre banque BIC * _____</p> <p>Nom du créancier devant apparaître dans l'ordre de prélèvement UNSA CAISSE D'ÉPARGNE SECTION CÔTE D'AZUR _____</p> <p>Identifiant du créancier ICS FR31ZZZ467768 _____</p> <p>Numéro et nom de la rue CAISSE D'ÉPARGNE CÔTE D'AZUR - L'ARÉNAS - 455, PROMENADE DES ANGLAIS - CS 3297 _____</p> <p>Code postal * _____ Ville _____ Pays _____ FRANCE</p> <p>* _____</p> <p>Type de paiement Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/></p> <p>* _____</p> <p>Nom du signataire (pour une société signataire habilité sur le compte) : * _____</p> <p>Date : _____ / _____ / _____</p> <p>Lieu : _____</p> <p>Signature : </p>
---	--

Personne à contacter pour modifier ou révoquer un mandat de prélèvement (modification des coordonnées bancaires, réclamation)
Raison sociale du créancier

Raison sociale du créancier

UNSA CECAZ

Adresse CAISSE D'ÉPARGNE CÔTE D'AZUR - L'ARENAS - 155, PROMENADE DES ANGLAIS - CS 32202

CAISSE D'EPARTEMENTALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

NICE CEDEX 3

Contents

Contacter :
Nom du Trésorier

Nom du tressorier

ERIC LANGE

Téléphone

04 94 24 00 12

ANSWER

Les informations contenues
donner lieu à l'exercice par

donner lieu à l'exercice, par ces derniers fichiers et aux libertés.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat et à la trésorerie de l'association. En aucun cas, elles ne seront transmises à une autre structure. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au trésorier ou au DSC de

rectification aux informations qui le concerne. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au trésorier de votre section ou au trésorier national.

vers votre section ou au trésorier national.

DEMANDE DE RESILIATION D'ADHESION

SYNDICAT.....
455 Promenade des Anglais
06200 NICE

Nice, le

Objet : Résiliation d'adhésion

Par la présente, je demande la résiliation de mon adhésion au syndicat et l'arrêt de prélèvements de cotisations dès la première date possible.

Prénom et Nom:

Adresse :

Code postal et Ville:

Par ailleurs, ma décision étant irrévocable je vous demande d'initier aucune démarche envers moi pour connaitre les raisons de mon choix.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" N° 78-17 du 6 Janvier 1978, qui me permet de bénéficier d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations me concernant, je vous demande par la présente la suppression totale de toutes les informations me concernant.

Avec mes remerciements

SIGNATURE