



Libres ensemble  
LA MARQUE AUTONOME

# BULLETIN D'ADHESION

## Syndicat UNSA Inter-co 35 Territoriaux

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse Personnelle : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Collectivité : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

Statut : Titulaire :  Contractuel :  Stagiaire :  Temps de travail : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :



### Cotisations

Catégories	€ Par mois	€ Par an	Statuts
A	7	84	Stagiaires, Titulaires, Contractuels
B	6	72	
C	4.50	54	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat UNSA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du syndicat UNSA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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, \* sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre NOM Prénom (du débiteur) \_\_\_\_\_

Votre Adresse \_\_\_\_\_

Les coordonnées de votre compte IBAN (Numéro d'identification international du compte bancaire)

BIC (Bank Identifier Code) \_\_\_\_\_

Nom du créancier : UNSA Inter-co 35 Territoriaux

Identifiant SEPA du créancier(ICS) : FR62ZZZ496892

Adresse du créancier : 71 Rue Dupont des Loges 35000 RENNES – Pays : France

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif  Paiement ponctuel

Signé à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature

Unsa Inter-Co 35 Territoriaux – 71 Rue Dupont des Loges – 35000 RENNES –  
Tel : 02.23.62.24.68 ou 02.23. 62.24.77 FAX : 02.23.35.24.45  
MAIL : unsa@rennesmetropole.fr– Notre site : www.unsa-territoriaux35.com



Libres ensemble  
LA MARQUE AUTONOME

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

Mandat de prélèvement SEPA UNSA TERRITORIAUX 35  
UNSATERR \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Syndicat UNSA INTER-CO 35 TERRITORIAUX à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT INTER-CO 35 TERRITORIAUX.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom / Prénom du débiteur

.....

Votre adresse .....

.....

Code postal Ville.....

Les coordonnées de votre compte Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) :

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code) :

Nom du créancier SYNDICAT UNSA INTER-CO TERRITORIAUX 35

Identifiant du créancier FR62ZZZ496892

Numéro et nom de la rue 71 RUE DUPONT DES LOGES

Code Postal Ville 35000 RENNES

Pays FRANCE

Type de paiement \*Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

SIGNE A Date

Signature(s) : Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du .....

débiteur Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour .....

le compte duquel le Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {NOM DU CREANCIER} et un tiers (par exemple, vous paiement est payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.

effectué (si Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

différent du .....

..... Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers .

..... Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné .....

Numéro d'identification du contrat

.....

Description du contrat

À retourner à : Zone réservée à l'usage exclusif du créancier  
SYNDICAT UNSA INTER-CO 35 TERRITORIAUX  
71 RUE DUPONT DES LOGES 35000 RENNES