



BULLETIN D'ADHESION



Nouvel adhérent, complétez cette fiche

A transmettre à **udfo73@force-ouvriere.fr** ou adresser à : UD FO SAVOIE— BP 50423—73004 CHAMBERY CEDEX ☎ 04.79.69.24.87

Mr Mme Nom : Prénom:

Date et lieu de naissance:/...../..... à

Adresse personnelle:

Code postal : Ville :

E Mail:@.....

Nom de entreprise :

Adresse de entreprise :

☎ travail: ☎ personnel

Code postal: Ville:

Profession: Cadre : Code APE :

MONTANT DE LA COTISATION :€

Je souhaite payer par chèque à l'ordre de l'Union Départementale FO SAVOIE :€

Je souhaite payer mes cotisations par prélèvement automatique, [je joins un Relevé d'identité bancaire \(RIB\) ou postal](#)

PERIODICITE : mensuelle :.....€ bimestrielle:.....€ trimestrielle:.....€ semestrielle:.....€ annuelle:€

DATE DU PREMIER PRELEVEMENT:/...../.....(jour, mois, année)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez L'UNION DEPARTEMENTALE FORCE OUVRIERE DE SAVOIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'UNION DEPARTEMENTALE FORCE OUVRIERE DE SAVOIE. 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.

| DEBITEUR | |
|---------------------------------|--|
| M. Mme Mlle (nom, prénom) | |
| Adresse | |
| Code postal Ville | |

| CREANCIER |
|-----------------------------|
| UD FO |
| BP 50423 |
| 73004 CHAMBERY CEDEX |

| | |
|------|----------------------|
| IBAN | <input type="text"/> |
| BIC | <input type="text"/> |

Date / / 20 Signature de l'adhérent

Article L2141-3. Tout membre d'un syndicat professionnel peut s'en retirer à tout instant, même en présence d'une clause contraire. Le syndicat peut réclamer la cotisation correspondant aux six mois qui suivent le retrait d'adhésion.