



BULLETIN D'ADHESION

Nouvel adhérent, complétez cette fiche

A transmettre à **UDFO73@force-ouvriere.fr** ou à adresser à : UD FO SAVOIE — BP 50423 — 73004 CHAMBERY CEDEX ☎ 04.79.69.24.87

Mr ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : Prénom :

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

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

☎ personnel

E Mail :@

Locataire d'un office HLM: OUI ☐ NON ☐ Si OUI: Cristal Habitat ☐ Opac de Savoie ☐ La Savoisienne ☐ SM4V ☐

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

☎ travail :

Code postal : Ville :

Profession : IDCC/APE/NAF :

MONTANT DE LA COTISATION ANNUEL :€

☐ Je souhaite payer par chèque à l'ordre de **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/...../ 20 (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

BIC

Date

/

/ 20

Signature de l'adhérent