

À retourner complété au **SNCSA CFE-CGC** 43 rue de Provence 75009 PARIS ✉ sncsafrance@gmail.com ☎ 01 42 81 57 39 🌐 WWW.SNCSA.ORG

CIVILITÉ MME MR

NOM _____

PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ (JJ/MM/AAAA)

ADRESSE PERSO. _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TÉL. PERSO. _____ TÉL. PRO. _____

EMAIL PERSO. _____

EMAIL PRO. _____

ENTREPRISE _____

DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTR. _____

PARRAIN / MARRAINE _____

Le SNCSA/CFE-CGC est particulièrement attentif au respect des obligations légales et suit les recommandations de la CNIL en matière de protection et de traitement des données personnelles. Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016, votre consentement exprès est requis pour pouvoir utiliser votre adresse mail personnelle. Cette adresse électronique, tout comme toute donnée nominative vous concernant, ne feront l'objet d'aucune autre exploitation que celle précisée ci-dessous et ne feront pas davantage l'objet de cession à des tiers, à l'exception de la Fédération de l'Assurance CFE-CGC et de la Confédération CFE-CGC. Si vous souhaitez exercer votre droit d'accès, d'opposition ou de rectification, ou pour tout autre sujet, vous pouvez contacter le SNCSA : sncsafrance@gmail.com Tel : 01 42 81 57 39

MONTANT DE LA COTISATION 2025

Cochez la case correspondante à votre classification

Selon classifications	Prix Annuel	Prix semestriel
<input type="checkbox"/> NIVEAU 1 NIVEAU 2	144 €	72 €
<input type="checkbox"/> JEUNES ET RETRAITÉS	108 €	54 €

J'ADHÈRE PAR LA PRÉSENTE AU SNCSA CFE-CGC :

DATE : _____ SIGNATURE : _____

- * J'accepte que le SNCSA/ CFE-CGC m'adresse, par SMS, courrier, courriel toute information syndicale.
- * Je suis informé(e) que mes données personnelles seront utilisées à cet usage exclusif.

Vous avez éventuellement la possibilité de régler votre cotisation par CB sur notre site Internet www.sncsa.org (sécurisé).

Vous bénéficiez d'une réduction d'impôt de 66% du montant de votre cotisation passant votre adhésion à 48€ seulement !

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (joindre impérativement un RIB avec IBAN)

ANNUEL SEMESTRIEL

Prélèvement annuel fin avril ou prélèvements semestriels fin mars et fin septembre. La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier au créancier dans un délais de 30 jours minimum avant la date de prélèvement, tout trimestre entamé restant dû.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SYNDICAT NATIONAL DES CONSEILLERS SALARIÉS D'ASSURANCES (SNCSA) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SNCSA. 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.

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT : **PRELEVEMENT SNCSA**

CRÉANCIER

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) **FR46ZZZ568378**

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Syndicat National des Conseillers Salariés d'Assurances (SNCSA)
43 rue de Provence 75009 PARIS - FRANCE

DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM - PRÉNOM :

ADRESSE (N° ET RUE) :

CP : _____

VILLE :

PAYS :

COMPTE À DÉBITER

CODE IBAN _____

CODE BIC _____

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

DATE :

SIGNATURE :