



N° d'adhérent :

À COMPLÉTER ET À RENVOYER à l'Autonome accompagné du règlement

M. [] Mme [] Mlle [] Nom : Prénom : Adresse personnelle : Code postal : Ville : N° de téléphone personnel : E mail : @ N° de Sécurité sociale : Type d'établissement : Nom de l'établissement : Fonction : Adresse de l'établissement : Code postal : Ville :

RÈGLEMENT DE LA COTISATION

- Je règle par chèque à l'ordre de Autonomie de Solidarité de la Seine
Je règle par carte bancaire sur le site internet
J'opte pour le prélèvement automatique
Remplir et signer le mandat ci-dessous et joindre un RIB

TARIFS

- 32,00 € (actif)
12,00 € (retraité)

La Présidente Fait à : le : Signature de l'adhérent :

www.autonome-seine.com



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA JOINDRE UN RIB à votre mandat



TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

NOM - PRÉNOM : ADRESSE : CP : VILLE :

COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE

Mon numéro de compte IBAN : Mon numéro BIC :

ORGANISME CRÉANCIER

Autonomie de Solidarité de la Seine - 14B passage du Bureau - 75011 PARIS ICS : FR56ZZZ361976

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier et si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'Autonomie de Solidarité de la Seine.

Païement : [X] Récurrent/Répétitif [] Ponctuel

Fait à : Le : Signature (obligatoire) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Autonomie de Solidarité de la Seine à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Autonomie de Solidarité de la Seine.