



N° d'adhérent :

À COMPLÉTER ET À RENVoyer à l'Autonomie 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

Le Président

Fait à :

le :

Signature
de l'adhérent :

TARIFS

☐ **34,00 €** (actif)

☐ **12,00 €** (retraité)

www.autonomie-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 :

FR

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