



Crédit d'impôt de 66%
sur votre cotisation
N'hésitez plus !



Adhésion FO MARKET

NOM : Prénom :

Téléphone :

Adresse mail (EN MAJUSCULE) :@.....

Adresse Postale Personnelle :

Rue :

CODE POSTAL :COMMUNE :

Ville du MARKET : DEPARTEMENT :

DO

LG ou FRANCHISE

Bulletin d'adhésion à remettre à votre

Délégué Syndical FO ou à envoyer :

Syndicat FO des Carrefour MARKET

15 Avenue Victor Hugo

92170 VANVES

COTISATION ANNUELLE

OPTION 1 : Le prélèvement mensuel

TEMPS COMPLET

TEMPS PARTIEL

Renseigner le mandat de prélèvement SEPA au dos et fournir un RIB

10,90€ par mois

5,45€ par mois

Statut : EC/HC – AM (140,50€) – CADRE (155,75€)

OPTION 2 : Par chèque à l'ordre de « **FO Market** »

1 chèque de 130,80 €

1 chèque de 65,40 €

En 2 fois : 2 chèques de 65,40 €

En 2 fois : 2 chèques de 32,70€

En 3 fois : 3 chèques de 43,60 €

En 3 fois : 3 chèques de 21,80 €

En 4 fois : 4 chèques de 32,70€

En 4 fois : 4 chèques de 16,35€

**En cas de règlement par plusieurs chèques, indiquer au dos de chacun la date à laquelle vous souhaitez qu'il soit débité.
A renvoyer à : Syndicat National Carrefour Market – FGTA FO – 15, avenue Victor Hugo – 92170 VANVES**

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (**RENSEIGNER LE NOM DU CREANCIER-**) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter ce dernier conformément aux instructions de (**RENSEIGNER LE NOM DU CREANCIER-**). Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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

DEBITEUR
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

CREANCIER
Raison Sociale : SYNDICAT FO CARREFOUR MARKET
Adresse : 15 avenue Victor Hugo
Code postal : 92170
Ville : VANVES
Identifiant Créancier SEPA :
F R 2 4 Z Z Z 5 9 8 3 5 9

Référence Unique du Mandat (à remplir par le créancier)

RUM

Numéro d'identification du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

IBAN

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

BIC

Type de paiement : **récurrent**

Fait à :

Le :/...../2021

Les informations contenues dans le présent mandat, sont destinées à n'être utilisées pas 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 tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés.

Joindre un
RIB/IBAN

Signature