



SYNDICAT SECI-Unsa

Bourse Centrale
Bureaux 522-523

3, rue du Château-d'Eau – 75010 PARIS

☎ : 09.52.93.17.65 @ : seci1887@free.fr

www.seci1887-unsa.fr



BULLETIN D'ADHÉSION 2017

Type d'adhésion : 1^{ère} adhésion Renouvellement

Cotisation minimum annuelle due ⁽¹⁾ par adhérent : 114 € Cadre

96 € Non-cadre temps complet

66 € Temps partiel, retraité, demandeur d'emploi

Je souhaite faire un don au SECI pour un montant de _____ €

Mme/Melle/Mr - Nom _____ Prénom _____

Adresse complète _____

Code Postal _____ Ville _____

Date et lieu de naissance _____

Tél. Domicile _____ Bureau _____ Portable _____

E-mail _____

Convention collective _____

Nom de l'entreprise _____

Adresse complète _____

Code Postal _____ Ville _____

Code NAF ou APE (indiqué sur le bulletin de salaire) _____ Poste occupé _____

Je suis classé(e) dans la catégorie: Cadre Agents Maîtrise Employé

Fonctions Syndicales: Oui Non

Si oui, précisez : Instance _____ Collège _____ Mandat _____ Autres _____

➔ Règlement : je choisis le paiement par chèque ⁽²⁾

En une fois En plusieurs fois pour le montant global de _____

➔ Règlement : je choisis le paiement par virement automatique ⁽³⁾

Pour votre première année d'adhésion, le montant de votre cotisation due sera divisé par le nombre de mois restant sur le reste de l'année civile.

66 € ÷ = €/mois

96 € ÷ = €/mois

114 € ÷ = €/mois

! Je remplis l'autorisation de prélèvement jointe que je renvoie au SECI accompagnée de ce bulletin.

Je pense à joindre un RIB.

⁽¹⁾ Reçu pour déduction fiscale adressé au paiement intégral de la cotisation

⁽²⁾ Chèque libellé à l'ordre du SECI

⁽³⁾ Reconduit annuellement par tacite reconduction

J'adhère aux principes, aux idées et aux actions du SECI.

Signature _____

Date _____



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Le SECI
à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte
conformément aux instructions de Du SECI
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 : _____ Identifiant créancier SEPA : FR68ZZZ550619

Débiteur : _____ **Créancier :** _____

Votre Nom _____ Nom Syndicat des Employés du Commerce et des Interprofessionnels (SECI)

Votre Adresse _____ Adresse 3, rue du Château-d'Eau

Code postal _____ Ville _____ Code postal 75 010 Ville PARIS

Pays _____ Pays FRANCE

IBAN

BIC Paiement : Récurent/Répétitif Ponctuel

A : _____ Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Veillez compléter tous les champs du mandat.