



BULLETIN D'ADHESION 2020



Nom:.....Prénom:.....

Adresse :

Code Postal : Ville :.....

Tél. : Date de naissance :.....

Email personnel :

Email professionnel :.....

Région :..... Date d'entrée dans l'entreprise :.....

Cotisation 2020	
EB/EI	140,00€
Jeunes/Retraités	104,00€

Vous bénéficiez d'une réduction d'impôt de 66% du montant de votre cotisation :Soit une réduction ou crédit d'impôt de 92,40 € pour 140 € de cotisation.

- Chèque bancaire libellé à l'ordre du SNCSA (à joindre au présent bulletin)
- Paiement en ligne sur le site sécurisé par Carte Bancaire
- Prélèvement annuel (Fin avril) ou Prélèvements semestriels (Fin mars et fin septembre)

Pour les prélèvements automatiques, merci de remplir le mandat SEPA,et le signer accompagné d'un RIB est à joindre au présent bulletin.

En outre, grâce à votre adhésion, vous bénéficiez d'une assurance protection juridique professionnelle. (Voir les conditions sur notre site : www.snksa.org)

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.

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.

Si vous souhaitez exercer votre droit d'accès, d'opposition ou de rectification, ou pour tout autre sujet, vous pouvez contacter le SNCSA snksafrance@gmail.com Tel : **01 42 81 57 39**

A le: Signature

**Mandat de
prélèvement**

Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

SNCSA**SYNDICAT NATIONAL DES CONSEILLERS
SALARIES D'ASSURANCES (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 :

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal

Pays

IBAN

BIC

Tiers débiteur

A :

Identifiant créancier

SEPA :

Créancier :

Nom

Adresse

Code postal

Pays

Paiement :

Tiers créancier

Le :

FR46ZZZ568378**SYNDICAT NATIONAL DES CONSEILLERS
SALARIES D'ASSURANCES (SNCSA)****43 Rue de Provence****75009**

Ville

PARIS**FRANCE**

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.

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.