

# BULLETIN D'ADHÉSION AD-PA 2019

## L'ADHÉSION c'est :

- ⇒ soutenir l'action de l'AD-PA ;
- ⇒ participer aux commissions et au réseau ;
- ⇒ avoir accès aux services AD-PA ;
- ⇒ bénéficier de diverses réductions (formations, colloques..) ;
- ⇒ recevoir des infos spécifiques ;
- ⇒ pouvoir bénéficier d'une assurance professionnelle.

NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE

2017-DIR

## 1 - IMPORTANT

Si les années précédentes vous étiez adhérent, merci de préciser votre numéro d'adhérent.  
Exemple : A4698. A défaut, indiquez le numéro de la facture réglée l'année dernière.  
S'il s'agit de votre première adhésion, laissez vide et cochez la case.

N° Adh. :

Première adhésion

## 2 - VOUS

Inscrire une lettre par case en majuscule.

Mme  Nom :  Prénom :

M.  Fonction :

## 3 - STRUCTURE, ETABLISSEMENT ou ADRESSE PERSONNELLE

Si vous envisagez de prendre votre retraite dans l'année et souhaitez rester adhérent « retraité » merci de nous communiquer en plus vos futures coordonnées.

Nom :

Adresse :

CP :  Ville :

Tél. :  Fax :  Mobile :

E-mail principal\* :

E-mail secondaire :

SIRET :  APE :  FINESS :

\*Important pour recevoir les infos AD-PA

Cochez la ou les cases correspondantes.

Rés. Autonomie  EHPAD  EHPA  USLD  Hôpital  MAPA  MARPA  Autre :

Rés. Services  Service à domicile  SSIAD  CLIC  CCAS  Autre :

Membre associé  Retraité(e) depuis :   Etudiant(e), Ecole ou Fac :

Public Etat (titre II)  Public Territorial (titre III)  Public Hospitalier (titre IV)  Autonome  Rattaché

Privé Associatif  Autonome  Membre d'une association gérant plusieurs structures :

Privé Commercial  Autonome  Groupe :

## 4 - COTISATION

Cochez la case correspondante.

Adhérent AD-PA  59 € -  27 € : retraités ou en recherche de poste -  7 € : étudiants\*\* -  22 € : étudiants salariés\*\*

Adhérent AD-PA et AVVEC  66 € -  34 € : retraités ou en recherche de poste

Membres associés  59 €

Par prélèvement automatique (cf. au dos)  Par virement (référence : ) \*\*Par chèque uniquement

Par chèque joint, à l'ordre de l'AD-PA  Par mandat (date : )

Je souhaite recevoir une facture par :  courrier  e-mail

Nos référence comptable : BFCM / Domiciliation : CCM SARREBOURG  
Code Bancaire : 10278 / Guichet : 05500 / N° de compte : 00027247645 / Clé : 47  
IBAN : FR76 1027 8055 0000 0272 4764 547 / BIC : CMCIFR2A

AD-PA  
N° Formateur : 11 94 01 656 94 Code NAF : 9499Z  
N° SIREN : 409 526 175 N° SIRET : 409 526 175 00016

L'association n'est pas assujettie à la T.V.A.

Fait à :  le :

Signature :

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

**IMPORTANT : MERCI DE REMPLIR CE DOCUMENT INTÉGRALEMENT ET DE LE RETOURNER AVEC VOTRE RIB**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AD-PA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AD-PA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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,
- 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.

*Veillez compléter les champs marqués d'un \*.*

Vos Nom et Prénom\* : \_\_\_\_\_

Votre adresse\* : \_\_\_\_\_

Code Postal\* :  Ville\* : \_\_\_\_\_

Pays\* : \_\_\_\_\_

Coordonnées de votre compte\* : IBAN         
BIC

Nom du créancier : AD-PA

Identifiant créancier SEPA : FR66ZZZ535426

Adresse du créancier : 3 impasse de l'Abbaye

Code Postal : 94100 Ville : SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS

Pays : FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à\* : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature\* :

**PENSEZ À JOINDRE VOTRE RIB**