

ADHESION AU PRELEVEMENT DES COTISATIONS SNAP

Je soussigné :

Nom :
Prénom :
Adresse Personnelle :
.....
Mail :
Téléphone :
Indice (droit public) :
Coefficient (droit privé) :

Souhaite bénéficier du prélèvement automatique de mes cotisations SNAP :

Je choisis :

- le prélèvement mensuel *
- le prélèvement trimestriel (mars – juin – septembre – décembre) *
- le prélèvement annuel fin mars (cotisations bonifiées) *
- le prélèvement annuel, choisir le mois : *
- je préfère payer par chèque.

* les cotisations sont prélevées entre le 27 et le 31 du mois.

Si toutefois j ai des difficultés financières une fin de mois, je m'engage à prévenir le Trésorier National par courriel mounaud@aol.com avant le 15 du mois précédent et ma mensualité sera reportée.

Pour pouvoir bénéficier du prélèvement mensuel automatique dès janvier, merci de renvoyer cette fiche signée, ainsi que le mandat de prélèvement dument rempli avec un RIB avant le 24 janvier. Pour ceux qui arriveraient après, un double prélèvement aura lieu sur le mois de février ou sur le mois de votre choix, merci de le préciser.

Merci de tout renvoyer à :

SNAP POLE EMPLOI
MOUNAUD
17 rue de bellevue
63000 CLERMONT FERRAND

A....., le.....

Signature