

Informations Adhérent

Nom des titulaires
Pharmacie
Adresse
Code postal Ville
Téléphone Fax
Email
Numéro CPAM
Numéro SIREN

Nous Vous Proposons

<input type="checkbox"/> Adhésion FSPF seule	57€ par mois soit 684€/an
<input type="checkbox"/> Adhésion et Abonnement Pour recevoir la revue Pharmaciens de France	65€ par mois soit 780€/an

Je souhaite être prélevé une seule fois du montant annuel

Pour adhérer

- Je remplis le mandat de prélèvement ci-joint et je joins un RIB.
- Je retourne ce bulletin complété, plus le mandat de prélèvement rempli et un RIB soit par courrier à FSPF 69 - 31 rue Mazenod – 69003 Lyon soit par mail à syndicatpharmaciens69@fspf.fr
- Chaque 27 du mois, je suis prélevé automatiquement du montant de l'adhésion.

Votre adhésion sera reconduite automatiquement de mois en mois.

Vous serez informé tous les ans du montant de l'adhésion voté à l'AG et de l'échéancier de paiement



LE SYNDICAT
DES PHARMACIENS D'OFFICINE

A retourner rempli, daté et signé accompagné de votre RIB/IBAN
Merci

Mandat de prélèvement SEPA <small>Single Euro Payments Area</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)	Le Syndicat des Pharmaciens du Rhône	
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Le Syndicat des Pharmaciens du Rhône		
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 : 692	Identifiant créancier SEPA :		
Débiteur :	Créancier :		
Votre Nom	Nom	Syndicat des Pharmaciens du Rhône	
Votre Adresse	Adresse	Permanence : 31 rue Mazenod	
Code postal	Code postal	69003	Ville Lyon
Pays	Pays		
IBAN	<input type="text"/>		
BIC	<input type="text"/>		
	Paiement :	<input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif	<input type="checkbox"/> Ponctuel
A :	Le :	<input type="text"/>	
Signature :		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	
<input type="text"/>		Veillez compléter tous les champs du mandat.	
<small>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.</small>			

Pensez à joindre votre RIB ci-dessous, merci

