

Informations Adhérent

Nom des titulaires

Pharmacie

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Email

Numéro CPAM

Numéro SIREN

*Pour vous permettre de découvrir notre action,
profitez d'une réduction sur la première année d'adhésion*

Nous Vous Proposons

<p>Formule Découverte</p> <p><input type="checkbox"/> Adhésion FSPF seule</p>	<p>51€ par mois</p> <p>42€ par mois</p>
<p>Formule Initié</p> <p><input type="checkbox"/> Adhésion et Abonnement</p> <p>Pour recevoir la revue Pharmaciens de France</p>	<p>59€ par mois</p> <p>50€ par mois</p>

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 38 - 31 rue Mazenod – 69003 Lyon soit par mail à syndicatpharmaciens38@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

Syndicat des pharmaciens de l'Isère
31 rue Mazenod – 69003 Lyon - Tél : 04 78 60 93 47
syndicatpharmaciens38@fspf.fr



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT:

A Compléter par le créancier (limité à 35 caractères alphanumériques)

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS) :

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent/ répétitif

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la FSPF 38 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FSPF 38.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passées avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

*Veillez compléter les champs marqués * (informations du débiteurs) :*

Nom ou dénomination sociale*1 :

Adresse*2 :

Code postal et Ville*2 :

Pays* 2 :

IBAN* :

BIC* :

Nom du signataire* :

Signé à* : Le* : .. /.. /....

Signature(s) :

1 : La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères

2 : Cette ligne à une longueur maximum de 35 caractères

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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 tels que 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.

A retourner accompagné d'un RIB à la FSPF 38
31 rue Mazenod – 69426 Lyon cedex 03
Tél : 04 78 60 93 47
syndicatpharmaciens38@fspf.fr