

BULLETIN D'ADHESION

2015

Mes coordonnées

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

.....

Code postal.....Ville.....

Téléphone.....Portable.....

Télécopie.....

E-mail.....

Bulletin à retourner à :

Convergence Infirmière

96, rue Icare 34130 MAUGUIO

Tél. : 04 99 13 35 05 Fax : 04 67 06 93 94

email. : ci-montpellier@orange.fr

Par chèque :

- Un chèque de 192 €
 Trois chèques de (64 € - 64 € - 64 €)

Par prélèvement *:

- 1 prélèvement de 193€
 3 prélèvements de (65 € - 65 € - 65 €)

* 1€ de frais est appliqué par prélèvement

Si vous optez pour le prélèvement automatique, merci de compléter l'imprimé au verso.

A noter : les adhérents ayant opté pour le prélèvement automatique n'auront pas besoin de nous envoyer l'année suivante leur cotisation.

Cette adhésion est renouvelable par tacite reconduction

Vous êtes adhérent Convergence Infirmière, vous bénéficiez :

- Du caducée + sa pochette 2015
- De la permanence téléphonique les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 11h30 à 17h00, les mercredis de 11h30 à 13h30
- De la Nomenclature Générale des Actes Professionnels actualisée
- Affichette des tarifs

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CONVERGENCE INFIRMIERE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CONVERGENCE INFIRMIERE. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement 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.

<p style="text-align: center;"><u>Désignation du débiteur</u></p> <p>Nom / prénom.....</p> <p>Adresse.....</p> <p>CP.....Ville.....</p> <p>Pays</p>	<p style="text-align: center;"><u>Désignation du créancier</u></p> <p>CONVERGENCE INFIRMIERE</p> <p>96 rue Icare</p> <p>34130 MAUGUIO - France</p> <p>ICS: FR61ZZZ482360</p>
--	---

<p><u>Compte à débiter</u></p> <p>Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)</p> <p>.....</p> <p>Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)</p> <p>.....</p> <p>Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/></p>
--

Signé à, le

Signature:

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. 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.

JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RIB