

## LES AVANTAGES DE L'ADHÉSION À CONVERGENCE INFIRMIÈRE :

- Plusieurs partenariats en cours sous réserve de signature (réduction achat de véhicules...)
- Prévoyance et RCP Aviva
- Robé médical (port gratuit pour la 1<sup>ère</sup> commande et promotions) sur le site [www.robe-materiel-medical.com](http://www.robe-materiel-medical.com)
- Orion Santé : 20% de remise sur les formations (hors DPC & FIF-PL)
- Mediaccess (réduction sur étude accessibilité cabinet)
- Service juridique : 1<sup>ère</sup> consultation avocat offerte
- Aide résolution problème nomenclature par expert

## COORDONNÉES

Prénom .....  
 Nom .....  
 Adresse (où le courrier doit être envoyé).....  
 .....  
 Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville .....  
 Tél. fixe .....  
 Tél. portable.....  
 E-mail.....

## RÈGLEMENT

**Par chèque :**  
 Un chèque de 210 €  
 Trois chèques de 70 €  
 (3 x 70 = 210 €)

**Par prélèvement\* :**  
 Un prélèvement de 211 €  
 Trois prélèvements (3 x 71 = 213 €)  
 \*1 € de frais est appliqué par prélèvement

*A noter : si vous optez pour le prélèvement automatique, merci de compléter l'imprimé ci-contre. 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.*

Bulletin à retourner à :

**Convergence Infirmière - 96, rue Icare  
34130 Mauguio**

**Tél. : 04 99 13 35 05  
contact@convergenceinfirmiere.com**

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

*Joindre impérativement un RIB*

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.

### Désignation du débiteur :

Nom/Prénom.....  
 Adresse.....  
 .....  
 Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville .....  
 Pays.....

### Compte à débiter :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)  
 .....  
 Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)  
 .....  
 Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

### Désignation du créancier :

Convergence Infirmière - 96, rue Icare 34130 Mauguio - France  
 ICS : FR61ZZ482360

Fait 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.*

**Vous pouvez adhérer chez convergence infirmière en vous inscrivant directement sur notre site internet équipé d'un mode de paiement en ligne sécurisé :**

**<http://convergenceinfirmiere.com>**



**CONVERGENCE INFIRMIÈRE**

96, rue Icare 34130 Mauguio  
 contact@convergenceinfirmiere.com - Tél. : 04 99 13 35 05



[facebook.com/Convergence-infirmiere](https://www.facebook.com/Convergence-infirmiere)

[twitter.com/Convergence-infirmiere](https://twitter.com/Convergence-infirmiere)