

INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame Monsieur

Nom: _____ Prénom: _____ Tél portable: _____

Nom de jeune fille: _____

Date et lieu de naissance: _____

Adresse personnelle précise: _____ conjoint adhérent: _____

Email: _____ Nom: _____

N° adhérent: _____

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Matricule: _____ Nouvelle adhésion: _____

Date titulaire: _____ Date OPJ: _____ Renouvellement: _____

Date qualification: _____ Si renouvellement numéro d'adhérent: _____

Direction d'affectation: _____

DCSP **DCCRS** **DCPJ/DCRI** **DCPAF** **DCRFPN** **PP** **AUTRES**

Service d'affectation: _____ Promotion: _____

Grade: _____ date nomination dans le grade: _____ Tél pro: _____

Ville d'affectation: _____

A le **signature:**

Rappel: la cotisation syndicale est DEDUCTIBLE DES IMPOTS à hauteur de 66%.

BAREME DE COTISATION:

Grade	cotisation annuelle	cout réel (après déduction d'impôt)	Moyens de paiement: (au choix)
* CADET	11€	3,74€	<input type="checkbox"/> Chèque de la cotisation annuelle (obligatoire) <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique avec choix de la fréquence de prélèvement récurrent /répétitif: <input type="checkbox"/> En trois fois (Par trimestre) <input type="checkbox"/> En une fois (remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous, en y joignant un R.I.B.)
* ADS	19€	6,46€	
RETRAITE	56€	19,04€	
ELEVE	23€	7,82€	
STAGIAIRE	51€	17,34€	
GARDIEN	79€	26,86€	
BRIGADIER	90€	30,60€	
BRIGADIER CHEF	102€	34,68€	
MAJOR	128€	43,52€	
RULP	133€	45,22€	

* " Montant de la cotisation annuelle de 01 euro pour les primos adhérents"

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen (SEPA), en signant ce formulaire de mandat, vous autorisez: - ALLIANCE PN à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte.-Votre banque à débitez votre compte conformément aux instructions d'ALLIANCE PN. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée: dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS)
FR95ZZZ273295

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter _____ désignation de l'organisme créancier

Nom: Prénom :

Adresse :

Code postal :Ville :

ALLIANCE POLICE NATIONALE
43 RUE GRENETA
75002 PARIS

Coordonnées bancaires: joindre obligatoirement un RIB, un RIP ou un RICE

N° IBAN _____ N° BIC _____

Référence Unique du Mandat délivrée par ALLIANCE POLICE NATIONALE

R.U.M _____

Fait à Le /... /...

signature obligatoire:

Etablissement teneur du compte à débiter:Banque :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Je m'oppose à ce que Alliance PN diffuse ces informations auprès de ses partenaires, conformément à la loi informatique et libertés, l'adhérent peut exercer son droit d'accès et de rectifications sur les informations le concernant

Les cotisations couples bénéficient d'une réduction de 25%-Les primo-prélèvements bénéficient de 10% de réduction-Dès la 2ème année de prélèvement, 5% de réduction. Ces réductions sont applicables et cumulables entre elles sur une année civile de cotisation.

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion des conditions générales et particulières du Règlement intérieur d'ALLIANCE Police Nationale, définissant les droits et les obligations des parties relatifs à l'adhésion. L'adhérent reconnaît avoir reçu d'ALLIANCE, toutes informations nécessaires à son engagement. Règlement intérieur consultable sur notre site.

INFORMATIONS SUR LA COTISATION