

Bulletin d'adhésion

2024

Cette cotisation est déductible de vos frais professionnels. Un justificatif de paiement vous sera adressé.

Adhésion : 201€

Installation dans l'année ou retraité : 100,50€

Possibilité de règlement en deux mensualités consécutives ou par prélèvement automatique.

Nom (en majuscules).....	Prénom.....	Né(e) le
Adresse professionnelle		
Adresse de réception du courrier (si différente de l'adresse professionnelle)		
Tél. Portable.....	E-mail.....	
N° ADELI.....	Année d'installation	
À..... le		Signature :

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR REMPLI TOUS LES CHAMPS AVANT DE NOUS RENVoyer VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION

Le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (Sniil), en sa qualité de responsable de traitement, collecte vos données à caractère personnel dans le cadre de la gestion de ses adhérents sur le fondement de l'application de ses statuts.

Ces données sont nécessaires pour votre inscription et pour bénéficier d'informations relatives à l'activité de votre syndicat.

Vous disposez d'un droit d'accès, rectification, opposition, limitation, effacement et portabilité dans les conditions légales et de la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès exerçables à notre siège social Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux, - « Gestion des Adhésions » - 36 rue Marat, 94200 Ivry-sur-Seine.

Pour en savoir plus consulter notre politique de confidentialité à cette adresse : <https://www.sniil.fr/politique-de-protection-des-donnees>

J'accepte de recevoir les offres des partenaires du Sniil (offres de formation, assurances, etc.) OUI NON

Si vous choisissez l'option du prélèvement automatique, veuillez remplir le bulletin d'adhésion ainsi que la demande ci-dessous en joignant un RIB ou RIP.

Les adhérents ayant souscrit précédemment à cette demande de prélèvement n'ont pas à la renouveler.

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE EN 3 FOIS : 15/01 - 15/04 - 15/07

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Sniil, Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat Sniil. Vous bénéficiez du droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Pour toute demande particulière de contacter le Sniil.

Référence Unique de Mandat (RUM) *		Nom et prénom du DEBITEUR	
* Ne rien inscrire, celle-ci vous sera communiquée dès l'enregistrement de votre mandat		Adresse du débiteur	
Type de paiement	Récurrent	Code postal	
Nom du CREANCIER	SYNDICAT Sniil	Ville	
N° d'Identifiant Créancier SEPA (ICS)	FR71ZZZ172944	Pays	
Adresse du créancier	36 rue Marat	Nom et prénom du titulaire du compte / Débiteur	
Code postal	94200	Banque	
Ville	IVRY SUR SEINE	Code BIC de la banque	
Pays	FR	N° de compte IBAN du débiteur	

Fait à : _____

Le : _____

Signature du débiteur : _____