

## APPEL DE COTISATIONS 2020

Mlle  Mme  Mr Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : ..... à .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... Portable : ..... Email : .....

**Catégorie :** **Rappel : Réduction d'impôt de 66% sur la déclaration de revenu**

- Employé / Chômeur (120€)
   
 Cadre, assimilé et agent de maîtrise (160€)
   
 Cadre supérieur / Retraité cadre sup (250€)
   
 Don .....€
- Retraité (80€)
   
 Retraité cadre (105€)
   
 Nom du parrain : .....

Matricule INARIC :      
 (figure sur votre carte d'adhérent si vous êtes déjà adhérent)

Nom de l'entreprise : .....  
 Adresse de l'entreprise : .....  
 Tel : ..... Fax : .....  
 Code APE : ..... Convention collective : ..... (voir fiche de paie)  
 Effectif entreprise : .....  
 Date dernière élections professionnelles : ..... Durée du mandat : .....

### Secteur d'activité :

- Personnels Avocats
   
 Avocats salariés
   
 Notaires
   
 Huissiers de justice
   
 Greffe du commerce
   
 Administrateurs et mandataires judiciaires
   
 Experts-Comptables
   
 Commissaires-priseurs
   
 Autres .....

Mandats de l'adhérent :  CSE
   
 CSSCT
   
 Titulaire   Suppléant
   
 DS
   
 RSS
   
 Profession de l'adhérent : .....

En signant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient enregistrées sur le
   
 fichier informatique confédéral INARIC
   
 , Fait le : ..... Signature : .....

## MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat : .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SNECPJJ - CFTC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNECPJJ - CFTC.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

**Veillez compléter les champs marqués \***

Votre Nom \* .....  
*Nom / Prénoms du débiteur*

Votre adresse \* .....  
*Numéro et nom de la rue*  
 \* ..... \* .....  
*Code Postal Ville*  
 \* .....  
*Pays*

Les coordonnées de votre compte \*

□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

\*  

□□□□□□□□□□
------------

*Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)*

Nom du créancier \* **SNECPJJ - CFTC**  
*Nom du créancier*

I.C.S \* .....  
*Identifiant Créancier SEPA*

\* **34 Quai de la Loire**  
 \* **75019 PARIS**  
 \* **FRANCE**

Type de paiement : \* Paiement récurrent / répétitif

Signé à \* ..... 

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

*Lieu Date JJ MM AAAA*

Signature(s) :

\* *Veillez signer ici*

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