



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



Hôpital Paul Brousse

Bulletin d'Adhésion

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Service :

Téléphone :

Courriel :

Ajout Whatsapp : OUI - NON

Adresse personnelle :

Date d'adhésion :

Signature :



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



Hôpital Paul Brousse

Barème des cotisations

Vous êtes éligibles à un crédit d'impôts de 66% des cotisations.

Ex.: ainsi 100€ vous revienne après déduction fiscale à 34€

Païement	Prélèvements	Chèques
Salaire (Base Brut)	<i>Trimestre</i>	<i>Année</i>
< 1815 €	27 €	108 €
1816 à 2043 €	30 €	120 €
2044 à 2270 €	33 €	132 €
2271 à 2497 €	36 €	144 €
2498 à 2725 €	39 €	156 €
2726 à 2952 €	42 €	168 €
>2952 €	50 €	200 €

Prélèvement Auto.: Fin mars, juin, septembre et décembre

Si vous optez pour le prélèvement, pensez à joindre un IBAN/BIC et à remplir le mandat de prélèvement SEPA.

Cotisation à l'année	Prix
<i>Etudiant(e)s</i>	12 €
<i>Retraité(e)s</i>	24 €

MANDAT de Prélèvement SEPA

SUD Santé AP-HP



Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Le Syndicat SUD Santé APHP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat SUD Santé AP-HP

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 *
Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

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

Nom du créancier * SYNDICAT SUD SANTE SOLIDAIRES AP-HP
Nom du créancier

I.C.S * **FR57ZZZ393968**
Identifiant Créancier SEPA
* HOPITAL SAINT ANTOINE 184 RUE DU FAUBOURG SAINT ANTOINE
Numéro et nom de la rue
* 75012 * PARIS
Code Postal Ville
* FRANCE
Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à *
Lieu Date JJ MM AAAA

Signature(s) : * Veuillez signer ici

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du Débiteur
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
Code identifiant du tiers débiteur

.....
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Contrat concerné COTISATIONS SYNDICALES
Description du contrat : Prélèvement trimestriel à terme échu des cotisations syndicales.

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.

A retourner à :
SUD Santé Solidaires AP-HP
Hôpital Saint Antoine
Secteur violet-Bat Ernest DUPRE porte 3
184 rue du Faubourg Saint Antoine
75012 Paris

section : PAUL BROUSSE
montant cotisation (trimestriel) :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier