

BULLETIN D'ADHÉSION 2024/2025

(à retourner à l'adresse indiquée en bas de page. **Merci d'écrire lisiblement**)

Nom..... Prénom..... Année du diplôme.....

Adresse professionnelle.....

Courriel..... Téléphone.....

Déclare adhérer au syndicat professionnel ALIZÉ

J'exerce la kinésithérapie en :

Libéral

☐

Salarié

☐

Mixte

☐

Cadre, cadre supérieur

☐

Je remplis le mandat de prélèvement SEPA afin d'être prélevé annuellement (**joindre un RIB**)

☐

Le montant de l'adhésion annuelle est de 70 euros (90 € pour 2024/2025 offre de rentrée)

Je souhaite ajouter la somme de € en soutien

Mandat de prélèvement SEPA

Syndicat de kinésithérapeutes Alizé

521 avenue de la libération,

Les mandarines BAT A1

Identifiant du créancier SEPA (ICS) : FR08ZZZ87CDAB

Identification internationale du compte bancaire du débiteur (IBAN) :

--	--	--	--	--	--	--

Identification du débiteur :

Nom, prénom et adresse du débiteur

BIC (identifiant international de l'établissement)

Type de paiement : récurrent (annuel)

Date et signature

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : (A) Le syndicat Alizé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du syndicat Alizé. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois pour un prélèvement non autorisé

Fait à..... Le..... Signature :



06.61.84.44.47



www.alize-kine.org



contact@alize-kine.org

521, avenue de la libération Les mandarines
bâtiment A1 06700 Saint Laurent du Var