

INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame Monsieur
 Nom : _____ Prénom : _____
 Nom de jeune fille : _____ Téléphone : _____
 Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____
 Adresse postale : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Adresse mail : _____ @

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Matricule : _____
 Date entrée en école de Police : / /
 Promotion : _____
 Ecole d'affectation : _____

Cette offre d'adhésion exceptionnelle n'est valable que pour une primo-adhésion en 2024, et se prolonge sans interruption jusqu'en 2025.
Elle n'est pas cumulable avec les autres offres de remise d'adhésion.

INFORMATIONS SUR LA COTISATION ET PAIEMENT

cotisation syndicale déductible des impôts à hauteur de 66%

Grade	Cotisation biennale	Coût réel (après déduction d'impôts)	Moyens de paiement : (au choix)
CADET <input type="checkbox"/>	20 €	6,80 €	<input type="checkbox"/> carte bancaire <input type="checkbox"/> prélèvement automatique (remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous, en y joignant un R.I.B.)
POLICIER ADJOINT <input type="checkbox"/>	20 €	6,80 €	

- Je ne souhaite pas recevoir les informations syndicales par Mail.
- Je ne souhaite pas recevoir les informations syndicales par téléphone.
- Je m'oppose à ce qu'ALLIANCE Police Nationale diffuse ces informations auprès de ses partenaires, conformément au RGPD, vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos données et les faire rectifier en contactant la comptabilité nationale.

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, toute information nécessaire à son engagement, règlement intérieur consultable sur notre site.

ALLIANCE AVANTAGES



En adhérant à ALLIANCE POLICE NATIONALE, vous êtes adhérent à ALLIANCE AVANTAGES qui vous permet d'améliorer votre pouvoir d'achat et de vous ressourcer en famille ou entre amis.



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA Paiement Récurrent

Référence Unique du mandat délivrée par ALLIANCE POLICE NATIONALE

Identité du payeur, Titulaire du compte Madame Monsieur
 NOM _____ Prénom _____
 ADRESSE _____
 CODE POSTAL _____ VILLE _____
Coordonnées bancaires - Désignation du compte à débiter
 (joindre obligatoirement un R.I.B. comportant les mentions ci-dessous)
 BIC : _____
 IBAN : _____

Désignation du Créancier
ALLIANCE POLICE NATIONALE
 BP 30447 - 75525 PARIS CEDEX 11

Identification Création SEPA (ICS)
FR95ZZZ273295

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : A/ ALLIANCE PN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte B/ votre banque à débiter 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 débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à _____ le / / Signature : _____