

UNION SYNDICALE – SERVICE PUBLIC EUROPEEN – BRUXELLES

Avenue des Gaulois, 36 – 1040 Bruxelles - tel. 02.733.98.00 – fax. 02.733.05.33 – info@unionsyndicale.eu

BULLETIN D'ADHESION – Ecoles Européennes

(à compléter en MAJUSCULES)

Je, soussigné(e),

N° de PERSONNEL : **NOM** :

Nom de jeune fille/d'épouse (*): Prénom :

Date de naissance : Sexe : M/F (*). Nationalité : Langue :

INSTIT. : EE1.....EE2.....EE3.....EE4.....EEMOL..... Adresse école :

.....

Date de recrutement à l'école :

Date de fin de contrat (si applicable):

Téléphone du bureau. : Fax n°:

E_Mail :

Position statutaire (*): Enseignant, Chargé(e) de cours (CdC), PAS

Temps plein/temps partiel/CCP/Autre (*)

Compte bancaire (IBAN code):

ADRESSE PRIVEE : Rue.....n°.....

Code postal: Ville : n° tél: fax. :

Mobile / gsm : E_mail :

Afin de déterminer le montant de vos cotisations trimestrielles, veuillez indiquer :

VOTRE SALAIRE BRUT : _____

Donne mon adhésion à l'Union Syndicale, Service public européen, Bruxelles, affiliée à l'I.S.P et à la C.S.I. Cette adhésion implique l'acceptation des statuts ainsi que le paiement de la cotisation trimestrielle.

Dès réception du présent bulletin accompagné de l'avis de domiciliation ci-joint dûment complétés et signés, mon adhésion sera soumise à l'approbation du Comité exécutif. Je recevrai ma carte de membre dans les jours qui suivent.

USAGE CONFIDENTIEL réservé au syndicat.

Les membres du Comité exécutif et le secrétariat s'engagent à ne pas communiquer vos données personnelles à l'extérieur.

Bruxelles, (date).....

Signature :

N° créancier : BE64ZZZ0850225190

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE SEPA - Core
SEPA EUROPEAN DIRECT DEBIT MANDATE – Core scheme

Référence du mandat / Mandate reference (sera complété par l'Union Syndicale / Will be completed by Union Syndicale)

Pour un prélèvement récurrent et / ou unique
For a recurring and/or one-off payment

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Union Syndicale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Union Syndicale. Vous bénéficiez d'un 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) Union Syndicale to instruct your bank to debit your account, and (B) your bank to debit your account in accordance with Union Syndicale's instructions. You have the right to request a refund from your bank according to the conditions specified in your agreement with it. All refund requests must be submitted within 8 weeks of the date on which your account was debited.

Le soussigné / The undersigned,

Nom du débiteur: -----
Debtor's name
Prénom: -----
First name:
Rue: -----
Street:
N°: ----- Boîte / Box: -----
Code postal: -----
Postcode:
Ville / Town: -----
Pays / Country: -----
N° de compte (IBAN): ---- / ---- / ---- / ---- / -----
Account Number (IBAN)
Code BIC : -----

Date: (jour-mois-année / day-month-year) : -- / -- / ----

Signature du titulaire du compte / Signature of the account holder