



Syndicat Départemental **A**utonome des Territoriaux du Tarn.

Hôtel du Département Lices Georges Pompidou 81 013 ALBI Cedex 09
sdatt@tarn.fr 05.63.48.68.09

BULLETIN D'ADHESION 2022

Date : ... / ... / 2022

INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme. M. Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Ville _____ Code postal _____
Date de naissance _____ Tél. _____ Portable _____
Grade _____ Echelon _____ E.MAIL: _____ @ _____

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Collectivité _____
Service : _____
Situation administrative :
Titulaire Stagiaire Retraité(e) Contractuel (le) de droit public Contractuel (le) de droit privé

COTISATION SYNDICALE

GRILLE DES COTISATIONS ANNUELLES 2022 :

<input type="checkbox"/> CATEGORIE A	85 €	soit 28,58 € après déduction d'impôt
<input type="checkbox"/> CATEGORIE B	70 €	soit 23,80 € après déduction d'impôt
<input type="checkbox"/> CATEGORIE C	56 €	soit 19.04 € après déduction d'impôt
<input type="checkbox"/> RETRAITE	30 €	soit 10.20 € après déduction d'impôt

Paiement des Cotisations :

- Chèque à l'ordre du SDATT
 1 fois Chèque à encaisser le .../.../22
 2 fois Chèque de€ à encaisser le .../.../22
Chèque de€ à encaisser le .../.../22
 Prélèvement SEPA joindre un RIB
 1 fois 2 fois

J'adhère au Syndicat Départemental Autonome des territoriaux du Tarn

A _____, le _____ **Signature**

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre au Syndicat Départemental Autonome des Territoriaux du Tarn d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent pas être communiquées à l'extérieur du SDATT pour des opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation, et de rectification des données le concernant

Complétez les rubriques sans omettre de signer. Les fiches incomplètes ne pourront pas être enregistrées dans le fichier des adhérents.

Mandat de prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez _____ Syndicat Départemental Autonome des Territoriaux du Tarn

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du _____ Crédit Mutuel Albi Madeleine

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.



Référence unique du mandat : _____ Identifiant créancier SEPA : FR04ZZZ8050AE

Débiteur : _____ **Créancier :** _____

Votre Nom _____ Nom Syndicat Départemental Autonome des Territoriaux du Tarn

Votre Adresse _____ Adresse Hôtel du Département Lices Georges Pompidou

Code postal _____ Ville _____ Code postal 81013 Ville ALBI CEDEX 09

Pays _____ Pays France

IBAN

BIC Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Tiers débiteur _____ Tiers créancier _____

A : _____ Le :

Signature : _____

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.