

BULLETIN D'ADHÉSION ARLB

A retourner complété et signé

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Ancien Employé ☐

Conjoint ancien employé ☐

Autre ☐

Adresse complète :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Courriel :

Souhaite adhérer à l'Amicale des Retraités de la L.B.

Cocher votre Section

☐	BOURG	Jacqueline PERROT
☐	LYON	Jacques CHAMPETIER
☐	LE PUY	Gérard MANET
☐	MARSEILLE	Michel AVON
☐	MONTLUCON	Catherine DIF
☐	NIMES	Norbert AMAT
☐	ROANNE	Michel DARMET
☐	SAINT-ETIENNE	Nicole GRAIL
☐	TOULON	Jacques TOURNOIS
☐	VALENCE/GRENOBLE	Michel RIVOIRE

Et préfère recevoir la Gazette sous forme :

PAPIER ☐

ou

Email ☐

merci de cocher une seule case

A :

le

Signature

Cotisation annuelle de 30 € prélevés, si vous y avez convenance, chaque début d'année.

Pour une première adhésion, joindre un chèque

Pour les extérieurs la cotisation annuelle s'élève à 35 €

Si à l'avenir vous nous autorisez à prélever le montant de la cotisation sur votre compte, merci de nous **fournir un RIB, dater et signer le mandat SEPA ci-dessous** sans lequel votre banque rejetterait l'opération de prélèvement.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA - AMICALE DES RETRAITES LB

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez l'Amicale des Retraités de la LB à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Amicale des retraités de la LB. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Coordonnées du débiteur

IBAN :

BIC :

A :

le :

Signature du débiteur

Coordonnées du créancier

AMICALE DES RETRAITES LB

ICS : FR92ZZZ115142

RUM : HI20150709155846876906

Type de paiement : Récurrent

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