De l'avant, sans compromis

onsil

ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS LIBÉRAUX

Bulletin d'adhésion à l'**Onsil 2019**

Merci de retourner votre bulletin rempli au siège national de l'Onsil
4, rue Alaric II - 31000 TOULOUSE - Tél. 05 62 30 00 78

Nom | Nom de jeune fille

Prénom | Né(e) le | à

Adresse complète

Code postal | Ville

Tél domicile | Tél. professionnel

Courriel @

Fait à | Le | Signature et cachet

Oui, je déclare adhérer à l'Onsil pour l'année civile en cours et verse la somme de :

❍ 280 €, montant du renouvellement de ma cotisation annuelle + Pré-contentieux, par chèque bancaire ou postal à l'ordre de l'Onsil

❍ 200 €, montant du renouvellement de ma cotisation annuelle, par chèque bancaire ou postal à l'ordre de l'Onsil

❍ 100 €, montant de ma primo-adhésion annuelle, par chèque bancaire ou postal à l'ordre de l'Onsil (je déclare adhérer à l'Onsil pour la 1ère fois)

Oui, je déclare adhérer aux idées de l'Onsil et verse la somme de :

❍ 10 €, montant de ma cotisation annuelle de soutien

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'Onsil. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.
Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, vous pouvez vous adresser au secrétariat de l'Onsil. Si vous ne souhaitez pas être inscrit à la liste de diffusion destinée aux adhérents, ou ne pas recevoir nos newsletters d'information, merci de cocher cette case : ❍

Pour celles ou ceux qui choisissent d'adhérer en réglant leur cotisation en quatre fois, veuillez remplir le formulaire ci-dessous.

Demande de prélèvement automatique de cotisations

❍ **4 x 50 €** ❍ **4 x 70 €**

SEPA Single Euro Payments Area

Mandat de prélèvement SEPA

De l'avant, sans compromis onsil ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS LIBÉRAUX

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **l'Onsil** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **l'Onsil**.
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 :

Débiteur :

Votre nom :

Votre adresse :

Code postal : Ville :

Pays : France

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA : FR41ZZZ001018

Créancier :

Nom : Onsil

Adresse : 4, Rue Alaric II

Code postal : 31000 Ville : Toulouse

Pays : France

IBAN

BIC **PAIEMENT** ❍ Récurrent / Répétitif

À 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.**