

Administrations Locales et Régionales Siège : Rue de la Loi 28 bte 13 1040 Etterbeek **BULLETIN D'ADHESION**

A renvoyer à l'adresse indiquée ci-contre ou remettre à votre délégué TEL 02/201.14.00

IMPORTANT : (*) Les cases en rouge ne doivent <u>pas</u> être complétées par le membre. Elles sont réservées à la banque et/ou au Secrétariat Régional/National!



(*)N° MEMBRE : (*)SECTION : (*)SECTION : LANGUE : F - N - D : (*)
(case réservée au Secrétariat Régional/National) Version 02/08/2019
Nom:
Prénom: 000000000000000000000000000000000000
Masc : Fem : Autre N° Registre National :
Date de naissance : Date d'affiliation : mois et année Date d'affiliation : mois et année
Adresse: UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU
N°.: Boîte : Code Postal : UUUUUUUUUU
Commune: LLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLL
②(Privé): □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
(gsm): □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
Adresse e-mail: UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU
Code professionnel: Administratif: Ouvrier: Technique:
Pompier:
Employeur: Commune:
Administration:
Code Postal administration :
Fonction:
Date d'entrée en fonction :
Prestation : Plein-temps ou partiel supérieur à 19h00 semaine :
Mi-temps avec un maximum de 19h00 ou moins par semaine : Pause-carrière complète :
Paiement : Par domiciliation Signature : Date :
<u>AFFILIATION SYNDICAT PRECEDENT</u> : nom de la centrale + n° de membre (obligatoire pour le payement de la prime syndicale)
En cas de démission, veuillez prévenir le Secrétariat National
MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE En signant le mandat vous autorisez - le créancier à envoyer des encaissements à votre banque afin de débiter votre compte.
créancier : SLFP Groupe ALR — Rue de la Loi 28 bte 13 - votre banque à débiter votre compte selon les instructions reçues du créancier. Sous certaines conditions, vous avez le droit de demander à votre banque le
remboursement d'une domiciliation. Le délai pour demander le remboursement prend fin 8 semaines après le débit effectué sur votre compte. Votre banque vous fournira volontiers plus d'informations concernant vos droits et
Identification du créancier : Signature
BE09 000 050D000095
Référence du mandat Encaissement unique Encaissement récurrent
(*) (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*)
Nom
Adresse Code postal Code posta
Adresse Commune Pays Pays Pays