

# BULLETIN D'ADHÉSION

## FDSEA DE L'AVEYRON



### Adhérent en Société

☐ Adhère à la FDSEA sur la totalité des UGB de la société

*Calcul cotisation = forfait de base 80 € + 2.80 € par UGB*

Raison Sociale : .....

Nom / Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse complète : .....

E-mail : ..... Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre d'UGB (cheptel mère) :** .....

Production principale : ..... Production secondaire : .....

### Autres membres de la société souhaitant adhérer

☐ Adhère à la FDSEA

*Cotisation forfaitaire à 40 €*

Nom / Prénom : .....

Adresse complète : .....

Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-mail : .....

☐ Adhère à la FDSEA

*Cotisation forfaitaire à 40 €*

Nom / Prénom : .....

Adresse complète : .....

Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-mail : .....

A ..... Le .....

### SIGNATURES des associés adhérents

J'accepte que mes données fassent l'objet d'un traitement par la FDSEA12 afin de me faire parvenir sa lettre d'information, m'informer de l'actualité, me solliciter dans le cadre d'événements, me donner accès à l'extranet, calculer le montant de ma cotisation et mettre en œuvre le paiement. Je reste libre de changer d'avis et de retirer à tout moment mon consentement.

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la FDSEA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FDSEA

#### Débiteur

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

IBAN : .....

IBAN (International Bank Account Number)

BIC : .....

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code)

#### Créancier

FDSEA 12

ICS : FR 05 ZZZ 418 281

Adresse : Carrefour de l'agriculture

Code Postal : 12026 Ville : Rodez Cedex 9

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ☒

Signé à ..... le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**+ JOINDRE UN RIB**

**SIGNATURE**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.