

**INFORMATIONS PERSONNELLES**

Nom:	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	Prénom:	Tél portable:
Nom de jeune fille:				
Date et lieu de naissance:				
Adresse personnelle précise:				conjoint adhérent:
				Nom :
Email:				N° adhérent:

**INFORMATIONS PROFESSIONNELLES**

Matricule:		Nouvelle adhésion:	
Date titulaire:		Date OPJ:	
Date qualification:		Renouvellement:	Si renouvellement numéro d'adhérent:
Direction d'affectation:			
DCSP <input type="checkbox"/>	DCCRS <input type="checkbox"/>	DCPJ/DCRI <input type="checkbox"/>	DCPAF <input type="checkbox"/>
		DCRFPN <input type="checkbox"/>	PP <input type="checkbox"/>
			AUTRES <input type="checkbox"/>
Service d'affectation:		Promotion:	
Grade:	date nomination dans le grade:		Tél pro:
Ville d'affectation:			

A ..... le .....

signature: .....

**Rappel: la cotisation syndicale est DEDUCTIBLE DES IMPOTS à hauteur de 66%.**
**INFORMATIONS SUR LA COTISATION**
**BAREME DE COTISATION:**

Grade	cotisation annuelle	cout réel (après déduction d'impôt)
* CADET	<b>11€</b>	<b>3,74€</b>
* ADS	<b>19€</b>	<b>6,46€</b>
RETRAITE	<b>56€</b>	<b>19,04€</b>
ELEVE	<b>23€</b>	<b>7,82€</b>
STAGIAIRE	<b>51€</b>	<b>17,34€</b>
GARDIEN	<b>79€</b>	<b>26,86€</b>
BRIGADIER	<b>90€</b>	<b>30,60€</b>
BRIGADIER CHEF	<b>102€</b>	<b>34,68€</b>
MAJOR	<b>128€</b>	<b>43,52€</b>
RULP	<b>133€</b>	<b>45,22€</b>

Moyens de paiement: ( au choix)

- Chèque de la cotisation annuelle (obligatoire)  
 Espèces  
 Prélèvement automatique avec choix de la fréquence de prélèvement récurrent /répétitif:  
 En trois fois (Par trimestre)  
 En une fois

( remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous, en y joignant un R.I.B.)

\* " Montant de la cotisation annuelle de 01 euro pour les primos adhérents"

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen (SEPA), en signant ce formulaire de mandat, vous autorisez:-ALLIANCE PN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.-Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ALLIANCE PN. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée: dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS)  
FR95ZZZ273295**

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter

désignation de l'organisme créancier

Nom:..... Prénom :.....

Adresse :.....

Code postal :.....Ville :.....

**ALLIANCE POLICE NATIONALE  
43 RUE GRENETA  
75002 PARIS**
**Coordonnées bancaires:** joindre obligatoirement un RIB, un RIP ou un RICE

N° IBAN

N° BIC

Référence Unique du Mandat délivrée par ALLIANCE POLICE NATIONALE

**R.U.M**

Fait à ..... Le ..../.../...

signature obligatoire:

**Etablissement teneur du compte à débiter:**

Banque :.....

Adresse :.....

Code postal :..... Ville :.....

Je m'oppose à ce que Alliance PN diffuse ces informations auprès de ses partenaires, conformément à la loi informatique et libertés, l'adhérent peut exercer son droit d'accès et de rectifications sur les informations le concernant

Les cotisations couples bénéficient d'une réduction de 25%-Les primo-prélèvement bénéficient de 10% de réduction-Dès la 2 ème année de prélèvement, 5 % de réduction. Ces réductions sont applicables et cumulables entre elles sur une année civile de cotisation.

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion des conditions générales et particulières du Règlement intérieur d'ALLIANCE Police Nationale, définissant les droits et les obligations des parties relatifs à l'adhésion. L'adhérent reconnaît avoir reçu d'ALLIANCE, toutes informations nécessaires à son engagement, Règlement intérieur consultable sur notre site.