

Cette cotisation est déductible de vos frais professionnels. Le caducée ainsi qu'un justificatif de paiement vous seront adressés.

**Adhésion : 198€**

**Installation dans l'année ou retraité : 99€**

Possibilité de règlement en deux mensualités consécutives ou par prélèvement automatique.

Nom ..... (en majuscules) Nom de jeune fille .....  
 Prénom ..... Né(e) le ..... à .....  
 Adresse .....  
 Tél. cabinet ..... Tél.domicile ..... Fax .....  
 E-mail ..... N° ADELI .....  
 Catégorie :  Libérale  mixte  retraité  autres (précisez) .....  
 À ..... le .....  
 Signature :

**ASSUREZ-VOUS D'AVOIR REMPLI TOUS LES CHAMPS AVANT DE NOUS RENVOYER VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION**

Le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (Sniil), en sa qualité de responsable de traitement, collecte vos données à caractère personnel dans le cadre de la gestion de ses adhérents. Ces données sont nécessaires pour votre inscription et pour bénéficier d'informations relatives à l'activité de votre syndicat. Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données. Vous pouvez également vous opposer, pour un motif légitime, à l'utilisation de vos données. Vous seul pouvez exercer ces droits sur vos propres données en écrivant à Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux - « Gestion des Adhésions » - 111 bis boulevard Ménilmontant 75011 Paris - et en joignant une photocopie de votre pièce d'identité

**J'accepte de recevoir les informations des organismes affiliés au Sniil (Journal Communication Infirmière, offres de formation, assurances) OUI  NON**

**J'accepte de recevoir les offres des partenaires du Sniil OUI  NON**

Si vous choisissez l'option du prélèvement automatique, veuillez remplir le bulletin d'adhésion ainsi que la demande ci-dessous en joignant un RIB ou RIP. Les adhérents ayant souscrit précédemment à cette demande de prélèvement n'ont pas à la renouveler..

**PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE EN 3 FOIS : 15/01 - 15/04 - 15/07**

## DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Sniil, Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat Sniil. Vous bénéficiez du droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée :  
 - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,  
 - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.  
 - pour toute demande particulière de contacter le Sniil

Référence Unique de Mandat (RUM) *	
------------------------------------	--

\* Ne rien inscrire, celle-ci vous sera communiquée dès l'enregistrement de votre mandat

Type de paiement	Récurrent
<b>Nom du CREANCIER</b>	<b>SYNDICAT Sniil</b>
N° d'Identifiant Créancier SEPA (ICS)	FR71ZZZ172944
Adresse du créancier	111bis bd Ménilmontant
Code postal	75011
Ville	PARIS
Pays	FR

<b>Nom et prénom du DEBITEUR</b>	
Adresse du débiteur	
Code postal	
Ville	
Pays	
Nom et prénom du titulaire du compte / Débiteur	
<b>Banque</b>	
Code BIC de la banque	
N° de compte IBAN du débiteur	

<b>Lieu</b>	<b>Date</b>	<b>Signature du débiteur</b>