Bulletin d'adhésion

2025

☐ **Adhésion : 207€** ☐ **Installation dans l'année ou retraité : 103,50€**

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

Nom *(en majuscules)*..... Prénom..... Né(e) le .....

Adresse professionnelle .....

Adresse de réception du courrier *(si différente de l'adresse professionnelle)* .....

.....

Tél. Portable..... E-mail.....

N° ADELI..... Année d'installation .....

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 sur le fondement de l'application de ses statuts.
Ces données sont nécessaires pour votre inscription et pour bénéficier d'informations relatives à l'activité de votre syndicat.
Vous disposez d'un droit d'accès, rectification, opposition, limitation, effacement et portabilité dans les conditions légales et de la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès exerçables à notre siège social Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux, - « Gestion des Adhésions » - 36 rue Marat, 94200 Ivry-sur-Seine.
Pour en savoir plus consulter notre politique de confidentialité à cette adresse : https://www.sniil.fr/politique-de-protection-des-donnees

J'accepte de recevoir les offres des partenaires du Sniil (offres de formation, assurances, etc.) OUI ❑ NON ❑

Si vous choisissez l'option du prélèvement automatique, veuillez remplir le bulletin d'adhésion ainsi que la demande ci-dessous en joignantun 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 àdébiter 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

Nom du CREANCIER	**SYNDICAT Sniil**
N° d'Identifiant Créancier SEPA **(ICS)**	FR71ZZZ172944
Adresse du créancier	36 rue Marat
Code postal	94200
Ville	IVRY SUR SEINE
Pays	FR

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

Fait à : Le :

Signature du débiteur :