

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e) Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Domicilié (e) à N° _____ Rue _____

Code Postal _____ Localité _____

Tél. fixe : _____ Portable _____

Adresse e-mail (lisible) _____

⇒ *Titulaire d'un avantage vieillesse pour les anciens Salariés
(Organisation Professionnelle Agricole, Agro-Alimentaire, Agro-Industrie ou Connexes)*

Demande mon adhésion à INITIATIV'RETRAITE ALSACE

Renseignements complémentaires :

⇒ Dernier Employeur (compléter obligatoirement) _____
⇒ _____
⇒ _____

Pour les bénéficiaires d'une pension de réversion (veuf ou veuve) indiquer les coordonnées de l'assuré décédé.

NOM _____ Prénom _____ Né(e) le _____

En adhérant à INITIATIV'Retraite Alsace, j'accepte que mes données personnelles ci-dessus soient enregistrées et utilisées pour gérer mon adhésion, m'adresser la communication diffusée et me fournir les services et prestations proposés.

En ce sens, j'accepte que ces données soient transmises à INITIATIV'RETRAITE ALSACE et à ses prestataires pour l'exécution de traitements mutualisés telles que l'édition des cartes adhérents ou l'abonnement au magazine le Chêne Vert. Je vous donne mon accord dans le cas d'une image prise dans un lieu public.

Conformément au Règlement Général de Protection des Données, INITIATIV'Retraite Alsace s'engage à préserver la confidentialité de mes données personnelles et à ne pas les divulguer à d'autres entités. Je dispose également des droits à l'information, à la rectification et à la suppression de mes données personnelles en m'adressant à INITIATIV'Retraite Alsace, par e-mail : initiativretraitealsace@gmail.com ou par courrier.

Je règle la somme de **27,00€** représentant la cotisation annuelle pour **l'année 2026** par :

☐ Virement ☐ Chèque ☐ ANNEE SUIVANTE par PLV (cf formulaire à compléter obligatoirement)

Sur le compte Crédit Agricole Colmar

IBAN : FR76 1720 6005 1063 0453 5586 134

BIC : AGRIFRPP872

Certifié sincère et véritable, fait à _____, le _____
(Signature)

PRELEVEMENT SEPA

Mandat à compléter et à retourner avec le RIB (Relevé d'Identité Bancaire) de votre Banque.

Vous serez averti(e) 15 jours avant le prélèvement.

Vous pourrez annuler ce mandat à tout moment sur simple demande écrite transmise à l'Association.

Numéros Téléphones
Fixe :
Portable :

Nom :	
Prénom :	
N° et Rue :	
Code Postal :	Ville :
Adresse Mail (en majuscules svp) :	

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

--> Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez INITIATIV'RETRAITE ALSACE 68000 COLMAR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association INITIATIV'RETRAITE Alsace 68000 COLMAR. 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter les champs marqués par (*)

Débiteur

Nom et Prénoms	
* N° et Nom de rue	
* Code postal Ville	
Pays	

VOTRE BANQUE : N O M 

* IBAN de votre compte	
Numéro d'identification international du compte bancaire -IBAN (International Bank Account Number)	
* BIC (Bank identifier Code)	

Vous vous engagez avec l'association suivante :

Nom du créancier	INITIATIV'RETRAITE ALSACE 9 rue de Guebwiller 68000 COLMAR	
Identifiant Créancier SEPA	ICS : FR31ZZZ898B67	
Type Paiement	Paiement: récurrent	*Lieu de signature :
* Date	Date ____ / ____ / 20 ____	* Signature (s) :