

Pour mieux vous informer selon votre secteur d'activité, merci de bien vouloir remplir ce formulaire

SITUATION	ACTIVITE	
<input type="checkbox"/> <i>Salarié</i> <input type="checkbox"/> <i>Indépendant</i> <input type="checkbox"/> <i>Activité mixte</i> <input type="checkbox"/> <i>Etudiant</i> <input type="checkbox"/> <i>Chômeur</i> <input type="checkbox"/> <i>Retraité</i> <input type="checkbox"/> <i>En disponibilité</i>	<input type="checkbox"/> Entretien et Bilans Psy. <input type="checkbox"/> Conseil et marketing <input type="checkbox"/> Enseignement <input type="checkbox"/> Expertises <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Psychanalyse <input type="checkbox"/> Recherche	<input type="checkbox"/> Travail et recrutement <input type="checkbox"/> Institutionnel <input type="checkbox"/> Analyses des pratiques <input type="checkbox"/> Psychothérapeute

Je souhaite suivre plus précisément les informations de (plusieurs choix possibles) :

<input type="checkbox"/> Commission FPH <input type="checkbox"/> Commission Education Nationale <input type="checkbox"/> Commission PJJ-Justice <input type="checkbox"/> Commission Université-Formation	<input type="checkbox"/> Commission Exercice Libéral <input type="checkbox"/> Commission Champ du travail <input type="checkbox"/> Commission Expert <input type="checkbox"/> Commission Convention Collective
---	---

** L'adhésion Syndicale étant une donnée sensible, le SNP s'engage à ne communiquer vos coordonnées à aucun tiers. Votre adresse email est uniquement utilisée pour communiquer avec vous via des lettres d'information ou convocation aux assemblées générales.*

Pour le règlement par prélèvement automatique, merci de nous renvoyer ce mandat SEPA signé ainsi qu'un RIB

	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	Syndicat National des Psychologues
Référence unique du mandat	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LE SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGES. 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, Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Veuillez compléter les champs marqués *	
Votre Nom* (Nom / Prénoms du débiteur)	
Votre adresse* Numéro et nom de la rue	
Les coordonnées de votre compte	Code Postal Ville Pays * <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
Nom du créancier	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) * SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES Nom du créancier F R 2 7 Z Z Z 1 6 7 8 1 9	
Type de Paiement	* Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Signé à	*2 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Lieu Date	
Signature(s)	*Veuillez signer ici <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque		