

BULLETIN D'INSCRIPTION

Je souhaite adhérer à l'Association des internes et Chefs de clinique du C.H.R.U De Besançon (tout contrat signé l'est pour une durée minimum d'un an) **Joindre RIB IBAN pour le prélèvement fait par le syndicat pour la déduction d'impôt = 66%.**

Contrat 10€uros / mois Adhésion asso + RCP carte médicale

et bénéficier des offres exclusives nos partenaires conçues et négociées spécialement pour les internes

Association des Internes : contact.aicb@gmail.com

ou **03 81 66 88 60**

FICHE RENSEIGNEMENTS :

Nom & Prénom

Date de naissance

Lieu de Naissance

Adresse / C.P / Ville

Téléphone

_____ / _____ / _____ / _____

E.mail (lisible SVP)

SPECIALITE

****Conditions d'adhésion**

Le paiement a lieu par prélèvement automatique sur le compte bancaire chaque mois.

Vous vous engagez pour 1an.L'adhésion n'a lieu qu'une seule fois pour toute la durée de l'internat.

Elle sera donc reconduite de manière automatique chaque semestre jusqu'à la fin des 4 ou 5 années d'internat.

L'adhésion peut-être suspendue pour une durée choisie (inter-CHU, dispo) ou de manière définitive à tout moment.

L'interne doit dans ce cas en faire la demande écrite ou par mail , auprès du secrétariat de l'association ; mais n'oubliez pas qu'en arrêtant votre adhésion, vous n'êtes plus couvert en terme d'assurance.

Il vous faudra faire le nécessaire pour réadhérer quand vous le souhaitez.

- Je m'oppose à recevoir les mails de la part de l'AICB

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA:

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat des Chefs de clinique et des internes de spécialités à envoyer instructions à votre banque pour débiter votre compte.

En cas de litige sur mon compte, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Mandat de prélèvement SEPA SEPA <small>Single Euro Payments Area</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <u>SYNDICAT DES CHEFS CLINIQUE ET INTERNES</u>
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <u>SYNDICAT DES CHEFS CLINIQUE ET INTERNES</u>
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.	
Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA : 546347
Débiteur :	Créancier :
Votre Nom	Nom <u>SYNDICAT DES CHEFS CLINIQUE ET INTERNES</u>
Votre Adresse	Adresse <u>CHU JEAN MINJOZ 3 BD FLEMING</u>
Code postal	Code postal <u>25000</u> Ville <u>BESANCON</u>
Pays	Pays <u>FRANCE</u>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
Tiers débiteur	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel Tiers créancier
A :	Le : <input type="text"/>
Signature :	Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Veillez compléter tous les champs du mandat.	
Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.	

MERCI DE JOINDRE LE RIB A L'INSCRIPTION