

Année d'Internat 2021/2022

L'adhésion au **Syndicat des Assistants et Internes de Saint Etienne (AISE)** te permet de bénéficier d'avantages chez nos partenaires, de la **gratuité de la RCP/PJ**, des soirées à l'internat, des afters-works, des améliorés, de tarifs préférentiels (week-end d'intégration, week-end ski, week-end canoë, douillettes, soirées œnologie, etc...) de la newsletter et bien d'autres avantages.... **Adhésion obligatoire si tu loges à l'internat ou si tu y déjeunes.**

La cotisation est de **35€ par trimestre** dont **66% net déductible des impôts.**

L'engagement est semestriel, la reconduction tacite. Paiement par prélèvement trimestriel (**Joindre un RIB**)

Mon choix de RCP/PJ gratuite : La Médicale / MACSF

Mail : _____ CHU d'origine : _____

Téléphone: _____ DES : _____

Référence Unique du Mandat		MANDAT de Prélèvement SEPA		AISE		
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'AISE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AISE.						
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.						
Veillez compléter les champs marqués * et renvoyer cette fiche accompagnée d'un RIB à l'adresse indiquée ci dessous.						
NOM / PRENOM	* 1				
ADRESSE	* 2				
	*	Code Postal	*	Ville 3	
	*	Pays 4				
N° IBAN	* 5				
	*	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) 6				
N° BIC	* 6				
	*	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code) 6				
Nom du créancier	*	A I S E 7				
I.C.S	*	Nom du créancier 7				
	*	F R I 4 6 Z Z Z 4 0 0 3 7 4 8				
	*	Identifiant Créancier SEPA 8				
	*	I N T E R N A T ... N O R D ... R U E ... D E ... L A ... M A R A N D I E R E 9				
	*	Numéro et nom de la rue 9				
	*	Code Postal	*	Ville 10	
	*	F R A N C E 11				
	*	Pays 11				
Type de paiement :	*	Paiement récurrent / répétitif		<input checked="" type="checkbox"/>	Paiement ponctuel	<input type="checkbox"/> 12
Fait à :	* 2		Date	JJ/MM/AAAA 13
SIGNATURE	*	précédée de la mention "lu et approuvé"				
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>						
Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.						
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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 tels que 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.						
A retourner à : AISE INTERNAT CHU NORD rue de la Marandière 42270 SAINT PRIEST EN JAREZ				Zone réservée à l'usage exclusif du créancier		