



BULLETIN D'ADHESION

MATRICULE : **Date de naissance** :/...../.....

NOM d'usage : **PRENOM** :

NOM de naissance :

Tél personnel : **Tél portable** :

DOMICILE : N°..... **Rue** :

C.P : **Ville** :

Code courrier : **Service ou succursale** :

Courriel personnel :@.....

Situation familiale : **Matricule si conjoint BDF** :

Noms des enfants :

Prénoms des enfants :

Dates de naissance :

adhère à l'ASSOCIATION DES FAMILLES DU PERSONNEL et règle par chèque le montant de la cotisation annuelle de 20€. (Mandat SEPA pour les années à venir à compléter et RIB à joindre).

A, le

Signature :

L'adhésion donne droit à : - la Lettre des Familles, les rendez-vous du midi, les bilans d'orientation, l'accès à l'espace documentation et au site Internet : www.associationdesfamilles.org

**85-1663 ASSOCIATION DES FAMILLES DE LA BANQUE DE FRANCE
75049 PARIS CEDEX 01 – TÉLÉPHONE : 01 42 92 30 18 ou 36 11 –**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association.
En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à AFBF - 85-1663 - 33/35 rue Radziwill - 75049 PARIS Cedex 01 - Tél. : 01 42 92 30 18 ou 36 11

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat : AFBF

En signant ce mandat, vous autorisez l'Association des familles du Personnel de la Banque de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association des familles du Personnel de la Banque de France.

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.

Veillez compléter obligatoirement les champs marqués d'un astérisque* dans la partie Débiteur - N'oubliez pas de signer le mandat.

LE CREANCIER

Nom du créancier **Association des Familles du Personnel de la Banque de France**
ICS **FR67ZZZ541907**
Adresse du créancier **33, rue Radziwill 85-1663 AFBF 75049 Paris Cedex 01 France**

LE DEBITEUR

Votre Nom*
suivi de votre matricule

_____ Matricule
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse*

Numéro et nom de la rue

Code Postal _____ *Ville*

Pays

Coordonnées de votre
compte*

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

Type de paiement *

Paiement régulier

Paiement ponctuel

Signé par le
débiteur*

Lieu _____ *Date*

Signature*

Veillez signer ici

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.

Accompagné obligatoirement d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) complet (avec IBAN et BIC)

A retourner à :
85-1663 ASSOCIATION DES FAMILLES DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
75049 PARIS CEDEX 01