



SYNDICAT GENERAL DES PHARMACIENS DES BOUCHES DU RHONE

65, rue Breteuil - 13006 Marseille
Tél. : 04.91.15.72.61 – Fax : 04.91.15.72.65

2020

BULLETIN D'ADHESION

PHARMACIE

Numéro FINESS

Email.....@.....

Sollicite son adhésion au Syndicat Général des Bouches-du-Rhône pour l'année 2020.

Cotisation pour la pharmacie

Montant annuel	694 €
<i>Première installation</i>	347 €

+

Cotisation par pharmacien titulaire

Montant annuel par titulaire	12 €
1. Nom :	
2. Nom :	
3. Nom :	
4. Nom :	
5. Nom :	
6. Nom :	
Total cotisation titulaire(s):	€

=

Total cotisations 2020

Cotisation pharmacie + Cotisation titulaire(s)

Je règle mes cotisations par chèque	€
Je souhaite régler mes cotisations en 3 prélèvements automatiques au 30 janvier, 30 mai et 30 octobre.	€

Au verso la demande de prélèvement automatique.

Fait à le...../...../.....

Cachet de l'officine

Veillez renseigner et signer les deux parties
de cet imprimé et joindre un RIB (ou sa copie)

SGP-13

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part, à notifier en temps voulu au
Syndicat Général des Pharmaciens des Bouches du Rhône.

Nom, prénom et adresse du débiteur

--

Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter

--

Compte à débiter

Code établissement	Code guichet	N° de compte	Clé RIB

Date

Signature

Nom et adresse du créancier

**Syndicat Général des Pharmaciens
65 rue Breteuil
13006 MARSEILLE**

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et ne pourront donner lieu à
exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci dessus dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1/4/80 de la
commission informatique et libertés.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les
prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en
faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le
différend directement avec le Syndicat Général des Pharmaciens des Bouches du Rhône.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

335037

Nom, prénom et adresse du débiteur

--

Nom et adresse du créancier

**Syndicat Général des Pharmaciens
65 rue Breteuil
13006 MARSEILLE**

Compte à débiter

Code établissement	Code guichet	N° de compte	Clé RIB

Date

Signature

Nom et adresse postale de l'établissement
teneur du compte à débiter

*Ecrire lisiblement, SVP, ce cadre sera dans la fenêtre de
l'enveloppe destinée à votre établissement bancaire*

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au
créancier, sans les séparer, en y joignant un relevé
d'identité bancaire (RIB)

Nom du document : BULLETIN-ADHESION 2020 1.docx
Répertoire : C:\Users\Philippe\Documents
Modèle : C:\Users\Philippe\AppData\Roaming\Microsoft\Templates\
Normal.dotm
Titre :
Sujet :
Auteur : Philippe
Mots clés :
Commentaires :
Date de création : 19/11/2019 16:03:00
N° de révision : 6
Dernier enregist. le : 11/12/2019 13:29:00
Dernier enregistrement par : Philippe LANCE
Temps total d'édition : 8 Minutes
Dernière impression sur : 11/12/2019 13:29:00
Tel qu'à la dernière impression
Nombre de pages : 2
Nombre de mots : 167 (approx.)
Nombre de caractères : 924 (approx.)