



# 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

## BULLETIN D'ADHESION

2021

PHARMACIE .....

Numéro FINESS .....

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

Sollicite son adhésion au Syndicat Général des Bouches-du-Rhône pour l'année 2021.

Cotisation pour la pharmacie	
Montant annuel	694 €
Première installation	347 €

+

Cotisation par pharmacien titulaire	
Montant annuel par titulaire	12 €
1. Nom :	
2. Nom :	
3. Nom :	
4. Nom :	
<b>Total cotisation titulaire(s):</b>	<b>€</b>

=

Total cotisations 2021	
<i>Cotisation pharmacie + Cotisation titulaire(s)</i>	
<i>Par prélèvements automatiques tous les 10 du mois</i>	

Nombre de titulaire(s)	Montant annuel	1 <sup>ère</sup> mensualité	Mensualités sur l'année
1	706 €	68 €	58 € x 11
2	718 €	80 €	
3	730 €	92 €	
4	742 €	104€	

### Première installation

Nombre de titulaire(s)	Montant annuel	1 <sup>ère</sup> mensualité	Mensualités sur l'année
1	359 €	40 €	29 € x 11
2	371 €	52 €	

Fait à .....le...../...../.....

Cachet de l'officine

Au verso la demande de prélèvement automatique.

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)