BULLETIN D'ADHÉSION
PRESTATION FORMATION

Cadre réservé au CGA66
N° adhérent :
Date d'inscription :_ _/_ _/_ _ _ _

ENTREPRISE INDIVIDUELLE

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle **Nom et Prénom** : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

SOCIÉTÉ

☐ EIRL ☐ EURL ☐ SARL de famille ☐ SARL autre ☐ SAS ☐ SNC ☐ SDF ☐ Indivision
☐ EARL ☐ GAEC ☐ SCEA ☐ GFA ☐ SCM ☐ SCP ☐ Autres : .....

Raison Sociale : ..... Nombre d'associés : ..... Dates de naissance :

Nom(s) et prénom(s) du (des) gérant(s) : .... / ..... / .....
..... / ..... / .....

Nom(s) et prénom(s) du (des) associés : 1 .... / ..... / .....
(Au-delà de 3, joindre une liste complète) 2 .... / ..... / .....
3 .... / ..... / .....

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Profession : ..... Enseigne : .....

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Code NAF : |__|__|__|__|__| Code ROF : |__|__|__|__|

Date de début d'activité : ..... / ..... / .....

Premier exercice comptable pour lequel l'adhésion est demandée : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Adresse professionnelle : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .... Télécopie : .... Portable : ....

Adresse E-mail (**OBLIGATOIRE**) : ..... Site Web : .....

Adresse personnelle (si différente) : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Courriers du CGA66 à envoyer : ☐ à l'adresse professionnelle ☐ à l'adresse personnelle

La cotisation annuelle de 60 € TTC comprise dans le pack sera appelée annuellement.
Le solde du Pack sera quant à lui appelé lors de l'inscription à la première formation et couvrira une période de 12 mois.

Cachet de l'entreprise adhérente

Fait à .....

Le .....

Signature de l'adhérent (ou des associés) précédée de la mention « lu et approuvé »

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à nous renvoyer daté et signé, accompagné d'un **RIB** comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

CGA66
BP 60627
66006 PERPIGNAN CEDEX

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **CGA66** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CGA66.
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.

Référence Unique Mandat : **RUMADH** | | | | | (code réservé au CGA66)

COTISATION CGA66

Paiement : Récurrent / Répétitif

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse :(*) _____

_____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : _____

Identifiant Créancier SEPA :
F R 7 6 Z Z Z 8 0 9 A 6 1

Nom : CGA66

Adresse : Avenue Paul Pascot
ORLE route de Thuir
BP 60627

Code postal : 66006

Ville : PERPIGNAN CEDEX

Pays : FRANCE

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) : | | | | | | | | |

Fait à (*) : ……..

Signature (*) :

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.
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.