

ADHESION AU PRELEVEMENT DES COTISATIONS (facultatif)

A retourner au STProvence **INTEGRALEMENT COMPLETEE** et **JOINDRE VOTRE RIB**

N° Adhérent :

Raison Sociale* :

Adresse :

CP : Ville :

Adresse mail* :

Je soussigné représentant l'entreprise dont les coordonnées figurent ci-dessus, souhaite utiliser le système de prélèvement mis à ma disposition par le STP, afin de régler les cotisations que je dois acquitter en qualité de membre de cette Association. Les modalités de règlement des cotisations sont effectuées dans les conditions ci-après :

- Le STP m'informe de l'ouverture des déclarations chaque année et je m'engage à déclarer l'effectif de mes salariés en début d'année et à chaque mouvement du personnel. Une facturation est donc émise et disponible sur mon espace adhérent dès le lendemain.
- Mes factures de cotisations seront donc prélevées. Les factures complémentaires (absences, intérim...) sont à régler par virement, carte bleue ou chèque.
- **Les frais d'adhésion ou réinscription sont à régler par chèque ou virement.**
- En cas de litige sur un prélèvement, je saisis le STP aux fins d'étudier les modalités de règlement.
- En cas de changement de RIB, j'en informerai le STP et lui retournerai un nouvel imprimé renseigné et accompagné du nouveau RIB.

Fait à

Le

Signature et cachet de l'Entreprise* :

* : champs obligatoire



Mandat de prélèvement SEPA

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SANTE AU TRAVAIL PROVENCE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SANTE AU TRAVAIL PROVENCE**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

DEBITEUR :

Votre Nom* :

Votre Adresse* :

.....

Votre CP* : Votre Ville* :

Votre Pays* :

IBAN* :

BIC* :

A* :

LE* :

CREDITEUR :



Identifiant créancier SEPA : FR 72 STP 482356

Nom : SANTE AU TRAVAIL PROVENCE

Adresse : 450 RUE ALBERT EINSTEIN - CS20360

CP : 13799

Ville : AIX-EN-PROVENCE CEDEX 03

Pays : FRANCE

⊕ Paiement : Récurrent/Répétitif

Votre Signature* :