

Syndicat des artistes musicien.ne.s de Paris Ile-de-France - Sdamp-Cgt  
14-16 rue des Lilas - 75019 PARIS - Tél. 01 42 02 20 49

**Je soussigné(e):**

NOM (en majuscule) : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 E-mail : .....  
 Né(e) le : .. / .. / .. Dépt : ..... à : ..... Nat : .....

**Artiste intermittent.e :**  **Instrument(s) ;**  
**Artiste permanent.e :**   
 Établissement : ..... Statut : / salarié.e / Contractuel.le / Titulaire  
**Artiste de l'enseignement :**   
 Établissement : ..... Statut : / salarié.e / Contractuel.le / Titulaire  
**Artiste retraité.e :**

déclare adhérer au prélèvement automatique pour mon adhésion au Sdamp-Cgt (Joindre un R. I.B.)  
 somme à prélever : ..... € par mois – par trimestre – par semestre – par an - (rayer les mentions inutiles)

*NB : Cotisation annuelle = 1% des revenus professionnels, y compris indemnités ASSEDIC et Congés Spectacles Soit, pour un mois : déclaration fiscale x 1% divisée par 12 : Tarification forfaitaire pour les artistes au RSA : 60€*

Fait à ..... Le .....

L'adhérent.e doit écrire de sa main « LU et APPROUVÉ » et signer

<p><b>Mandat de prélèvement</b> SEPA <b>SEPA</b> Single Euro Payments Area espace unique de paiement en euros</p>	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Le SDAMP-CGT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SDAMP-CGT. 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.                  Veuillez compléter les champs marqués *</p>	<p><b>SDAMP-CGT</b></p>
<p><b>Débitéur</b></p>	<p>* ..... Nom / Prénoms du débiteur</p>	<p><b>Identifiant créancier SEPA</b> FR26zzz490071</p>
<p><b>Votre Nom</b></p>	<p>* ..... Numéro et nom de la rue</p>	<p><b>Créancier</b></p>
<p><b>Votre adresse</b></p>	<p>* ..... Ville : ..... * .....</p>	<p>Nom : <b>Sdamp-Cgt</b></p>
<p><b>Code postal</b> <b>Pays</b></p>	<p>* ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - ..... Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)</p>	<p>Adresse : 14-16 rue des LILAS 75019 Paris</p>
<p><b>Les coordonnées de votre compte</b></p>	<p>* ..... Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)</p>	
<p><b>BIC</b></p>	<p><i>Paiement récurrent</i> <i>Signature :</i></p>	

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