

## BULLETIN D'ADHÉSION

Et d'abonnement à la revue « Horizon Police Retraités »

RETRAITE  : ACTIF  : VEUVE/VEUF D'ADH  : EX-CONJOINT D'ADH (avec réversion MI)   
 CONJOINT D'ADH  : PARTENAIRE D'ADH  : COMPAGN-E-ON D'ADH  : ENFANT d'ADH   
 Situation de Famille : Marié (e)  - Célibataire  - Divorcé (e)  - Veuf/Veuve  - Autre

NOM :		Date de Naissance :	
NOM de Jeune Fille :		Lieu de Naissance :	
Prénom			
Adresse : .....			
.....			
Code Postal :	Ville :		
☎	☎	E-mail :	
Dernière Ville d'affectation :			Date d'Adhésion ...../...../20.....
Service :			
Grade :		Date de Retraite (effective ou prévue): ...../...../20.....	

Journal « Horizon Police Retraités » : abonnement annuel 10 € (2,50 € au n°)  OUI  NON  
 Renouvelable par tacite reconduction Cocher les mentions inutiles

CONJOINT  : PARTENAIRE  : COMPAGN-E-ON  :  M.  Mme

NOM :		NOM de Jeune Fille :	
Prénom :		Date & Lieu de Naissance :	

**BÉNÉFICIAIRE (Prestations Statutaires) - si changement, aviser impérativement BN**

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM :		Prénom :	
Adresse :			
Code Postal :	Ville :		
☎	E-mail :		

Cocher la case correspondante

J'adhère à l'U. N. R. P  
 Et m'abonne à la revue trimestrielle « Horizon Police Retraités »

● Montant de la cotisation prélevée :

Date et Signature :

Adhésion à envoyer à adresse ci-dessous

**MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

<b>Titulaire du compte à débiter :</b>	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. Nom ..... Prénom .....	
Adresse .....	
.....	
Code postal .....	Ville ..... Pays FRANCE
Coordonnées bancaires	
IBAN	<input style="width:100%; height:20px;" type="text"/>
BIC	<input style="width:100%; height:20px;" type="text"/>
Créancier : <b>UNRP</b> 42/52 rue de l'Aqueduc 75010 PARIS Identifiant Créancier SEPA : <b>FR 10ZZZ435554</b>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'UNRP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre banque conformément aux instructions de l'UNRP. 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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.
Fait à .....	
Le .....20.... Signature :	

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

**P.S. : Bien compléter toutes les rubriques, écrire en MAJUSCULE pour éviter les erreurs d'enregistrement et joindre un RIB**