

ADHESION AU PRELEVEMENT DES COTISATIONS SNAP

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

Adresse Personnelle :

.....

Mail :

Téléphone :

Indice (droit public) :

Coefficient (droit privé) :



Souhaite bénéficiaire du prélèvement automatique de mes cotisations SNAP :

Je choisis (cocher l'option retenue) :

- le prélèvement mensuel *
- le prélèvement trimestriel (mars - juin - septembre - décembre)*
- le prélèvement annuel fin mars (cotisations bonifiées) *
- le prélèvement annuel, choisir le mois : *



*les cotisations sont prélevées entre le 27 et le 31 du mois.

Si toutefois j'ai des difficultés financières en fin de mois, je m'engage à prévenir le Trésorier National par courriel à snapchristinegriotier@aol.com avant le 15 du mois précédent et ma mensualité sera reportée.

Merci de tout renvoyer à :

SNAP POLE EMPLOI - Christine GRIOTIER
209 chemin des béringuiers
84470 Châteauneuf de Gadagne

A....., le.....2023

Signature



PROCHE,
ACTIF,
humain !

SNAP