**Demande d’adhésion et**

**(\*)autorisation de prélèvement SEPA**

**Nom:**

**Prénom:** **Date de naissance:**

**Rue et n°:**

**Localité** : **Code postal:**

**Tél.:** **Email:**

**Profession:**

**Administration:** ☐ CC ☐ EF ☐ ES ☐ Autre:

**Service/lieu de travail**:

**Statut:** ☐ Fonctionnaire de l‘État ☐ Employé(e) de l‘État ☐ Autre

**Groupe de traitement/Carrière:** ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ Autre

**Date et Signature :**

**\*) Autorisation de prélèvement SEPA :**

**En signant ce formulaire de mandat, j’autorise le SPEBS/ CGFP à prélever sur mon compte la cotisation annuelle correspondant à mon affiliation.**

Compte bancaire (IBAN) :

Banque (BIC / SWIFT) :

**Date et Signature :**

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit.

À renvoyer à

**SPEBS asbl**

1, rue des Champs, L-3327 Crauthem

ou par mail à:

tresorier@spebs.lu

Cotisation annuelle:65€