



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€