**DEMANDE D’ADHÉSION ET (\*)AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

Nom : Prénom(s) :

Titre : o Madame o Monsieur o Divers Date de naissance : / /

Rue et numéro :

Code postal et localité : Pays :

Tél. professionnel : Tél. privé :

Email professionnel : Email privé :

Statut : *o Fonctionnaire o Employé(e) o Ouvrier o Stagiaire*

Profession : Administration : *o CC o EF o ES o Autre:*  Service/lieu de travail :

Groupe de traitement : *o A1 oA2 o B1 o C1 o Autre*

Situation professionnelle : *o Actif(ve) o Retraité(e) o Veuf(ve)*

**CONSENTEMENT :**

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au traitement de mes données à caractère personnel.

Par la présente, j’autorise, sur base d’un consentement libre et éclairé, le SPEBS-CGFP à traiter mes données à caractère personnel dans le cadre des finalités exprimées dans le présent document.

Le/la membre est en droit de retirer, à tout moment, son consentement. Le retrait du consentement est à faire parvenir par écrit au SPEBS-CGFP.

Lieu et date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

**CGFP Services** Je souhaite recevoir une documentation sur les services CGFP suivants :

* Epargne-logement BHW
* Prêt-logement BHW
* Prêt personnel
* CGFP-Fiscalité
* Oeuvre CGFP de Secours Mutuels
* Lux Voyages (agence de voyages)
* Foyer de jour *Kaweechelchen* (Luxembourg) et *Am Butzennascht* (Ingeldorf)
* Fondation CGFP de Secours
* Assurance véhicule
* Assurance incendie (habitation)
* Assurance responsabilité civile
* Assurance Vie
* Prévoyance-vieillesse
* Assurance crédit / solde restant dû
* Assurance accidents corporels
* Assurance voyages
* Assurance DKV Luxembourg

## À retourner par voie postale **SPEBS asbl** 1, rue des Champs, L-3327 Crauthem

## ou par e-mail à[**tresorier@spebs.lu**](mailto:tresorier@spebs.lu)