

INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : / / Lieu de naissance : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse mail : _____ @ _____

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Matricule : _____

Date entrée en école de Police : / /

Promotion : _____

Ecole / CFP : _____

Service d'affectation : _____ Ville affectation : _____

Cette offre d'adhésion exceptionnelle n'est valable que pour une adhésion en école en **2025**, et se prolonge sans interruption jusqu'en **2027** au grade de Gardien de la Paix.
Elle n'est pas cumulable avec les autres offres de remise d'adhésion.
L'adhérent s'engage à nous communiquer son parcours de son entrée en école jusqu'à sa titularisation.

INFORMATIONS SUR LA COTISATION ET PAIEMENT

cotisation syndicale
déductible des impôts
à hauteur de 66%

Grade	Cotisation annuelle	Coût réel (après déduction d'impôts)	Moyens de paiement : (au choix)
ELEVE	20 €	6,80 €	
STAGIAIRE	20 €	6,80 €	<input checked="" type="checkbox"/> prélèvement automatique
GARDIEN DE LA PAIX*	20 €	6,80 €	(remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous, en y joignant un R.I.B.)
* TARIF EXCEPTIONNEL LA PREMIÈRE ANNÉE DANS LE GRADE			

Je souhaite recevoir les informations syndicales par email, par téléphone. Conformément au RGPD, vous pouvez exercer votre droit d'accès à vos données et les faire rectifier en contactant DPO@alliancepn.fr

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance préalablement à la signature du présent bulletin d'adhésion des conditions générales et particulières du Règlement Intérieur d'ALLIANCE Police Nationale, définissant les droits et les obligations des parties relatifs à l'adhésion. L'adhérent reconnaît avoir reçu d'ALLIANCE, toute information nécessaire à son engagement, règlement intérieur consultable sur notre site.

ALLIANCE AVANTAGES - Plus d'offres sur <https://www.allianceavantages.fr/>



En adhérant à ALLIANCE POLICE NATIONALE, vous êtes adhérent à ALLIANCE AVANTAGES qui vous permet d'améliorer votre pouvoir d'achat et de vous ressourcer en famille ou entre amis.



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA Paiement Récurrent

Référence Unique du mandat délivrée par ALLIANCE POLICE NATIONALE

Identité du payeur, Titulaire du compte Madame Monsieur

NOM _____ Prénom _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

Coordonnées bancaires - Désignation du compte à débiter
(joindre obligatoirement un R.I.B. comportant les mentions ci-dessous)

BIC : _____

IBAN : _____

Désignation du Créancier

ALLIANCE POLICE NATIONALE
BP 30447 - 75525 PARIS CEDEX 11

Identification Création SEPA (ICS)

FR95ZZZ273295

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : A/ ALLIANCE PN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte B/ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ALLIANCE PN. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée : dans les 8 semaines suivant la date débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Fait à _____ le / / Signature : _____