



**BULLETIN D'ADHESION**  
**SYNDICAT DES ARTISTES MUSICIENS DE PARIS**  
**ET DE L'ILE-DE-FRANCE**  
**SDAMP-CGT**

14-16 rue des Lilas-75019 PARIS- Tél. 01 42 02 20 49

**Je soussigné(e) :**

NOM (en majuscule) : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Fax : ..... Portable : .....  
 E-mail : .....  
 Né(e) le : ..... à : ..... Dépt : ..... Nat. : .....  
 Musicien Intermittent : ..... Instrument(s) : .....  
 Musicien Permanent (orchestre) : ..... Instr. : .....  
 Musicien Enseignant : ..... Instrument(s) ou discipline : .....  
 Artiste chorégraphique .....  
 Établissement : ..... Statut : .....  
 Fait à .....

*L'adhérent doit écrire de sa main  
 « LU et APPROUVÉ » et signer.*

le


J'adhère au prélèvement automatique  Joindre un R. I.B.

somme à prélever : ..... €

tous les mois  / tous les 2 mois  / tous les 3 mois  / tous les 6 mois  / une fois par an

ou je règle par chèque le règlement de ..... Euros, correspondant à 6 mois  ou 1 an

*Cotisation annuelle = 1% des revenus professionnels, y compris indemnités ASSEDIC et Congés Spectacles. Soit, pour un mois :  
 déclaration fiscale x 1% divisée par 12 - NB : Tarification forfaitaire pour les artistes au RSA : 60€*

|   |   |                  |
|---|---|------------------|
| <b>Mandat de prélèvement SEPA</b><br><br><small>Singlé Euro Payments Area</small>  | En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) _____ Le SDAMP-CGT<br>à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SDAMP-CGT   | <b>SDAMP-CGT</b> |
|   | Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. |                  |
| Référence unique du mandat : _____  | Identifiant créancier SEPA : FR26ZZ490071   |                  |
| <b>Débitteur :</b><br>Votre Nom _____<br>Votre Adresse _____<br>Code postal _____ Ville _____<br>Pays _____   | <b>Créancier :</b><br>Nom SDAMP-CGT<br>Adresse 14-16 rue des LILAS<br>Code postal 75019 Ville PARIS<br>Pays FRANCE  |                  |
| <b>IBAN</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |                  |
| <b>BIC</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |                  |
| (Paiement récurrent)  |   |                  |
| Signature : _____   |   |                  |
| Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.<br><b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b>   |   |                  |

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat du syndicat. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat du syndicat