



Bulletin d'adhésion 2024-2025

À renvoyer à

AUTONOME GRAND OUEST



23 rue Louis Gain—49100 ANGERS
02 41 88 75 55 ou 06 48 20 15 41
Site : <https://autonomie-grandouest.fr/>

Membre de l'



Association type loi 1901

NOM : _____ NOM de naissance : _____
Prénom : _____ Tél portable : _____
Mail personnel (non académique) : _____ @ _____
Adresse personnelle : _____
Code postal : _____ VILLE : _____
NOM de l' Etablissement _____ Code RNE établissement _____
Adresse et VILLE étab.. : _____ Code postal _____
Votre Fonction _____

J'adhère à l' Autonomie Grand Ouest pour l'année scolaire 2024-2025 et je règle ma cotisation

38 € si je suis titulaire
(personnel au service de l'Education)

22 € si je suis contractuel,
ATSS, ATSEM

12 € si je suis AVS, AESH,
intervenant, étudiant INSPE, vacataire

Par chèque
—> à l'ordre de « Autonomie Grand Ouest » et
retourner à l'adresse ci-dessus

Par Prélèvement Automatique récurrent
—> pour cette année et les années suivantes, n'envoyez pas d'argent, retournez le
mandat SEPA ci-dessous et ce bulletin.

A _____ le ____/____/____
Signature de l'adhérent (obligatoire)

Le Président—Philippe BONNETTE

Vous pouvez régler
aussi sur le site par
Carte Bancaire

CREDIT AGRICOLE — Mandat de prélèvement SEPA ICS FR91ZZZ647108

Ma cotisation sera prélevée tous les ans à reconduction tacite.
Je recevrai un avis préalable. Je pourrai me désengager.



23 rue Louis Gain 49100 - Angers
Tél : 02.41.88.75.55
Portable : 06.48.20.15.41
Courriel : autonomie-grandouest@orange.fr
Site : www.autonomie-grandouest.fr

Conditions générales d'utilisation de votre mandant : En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Autonomie Grand Ouest à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Autonomie Grand Ouest vous bénéficiez d'un droit de 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 de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. **Veillez remplir tous les champs obligatoires *.**

Votre NOM *

NOM et Prénom du débiteur (s)

Votre adresse *

N° et Rue :
Code postal et VILLE

Nom de votre banque et vos coordonnées bancaires *-Le BIC est le Code International d'identification de votre banque

Banque

BIC

IBAN

Signature du titulaire du compte *

Signature (s)
Votre signature validant votre autorisation *

Type de paiement Récurrent / Répétitif

Lieu et date
Date et lieu de signature de votre mandat *
France (Pays)

Mention légale : Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'accès, de portabilité, d'opposition, rectification et d'effacement prévus par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.