

PRIÈRE DE REMPLIR CE BULLETIN EN MAJUSCULE – MERCI

Nom : _____ Prénom : _____
 Nom du conjoint : _____ Prénom du conjoint : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____



Êtes-vous en association : OUI NON

Nom de votre association : _____

- A.M employeur particulier A.F employeur droit privé Ac.F employeur droit privé
 A.M crèche familiale droit privé A.F employeur droit public Ac.F employeur droit public
 A.M crèche familiale droit public Ac.F employeur particulier

A.M = Assistant Maternel A.F = Assistant Familial Ac.F = Accueillant Familial

Merci de cocher la ou les case(s) concernée(s)

L'exploitation et l'utilisation de ces données sont de la seule responsabilité de la Commission Exécutive du SUPNAAFAM-UNSA

Ce bulletin d'adhésion accompagné impérativement **du règlement correspondant**, et **de la copie de votre agrément ou de son dernier renouvellement**, devra être adressé à :

SUPNAAFAM - UNSA - 47 Rue Albert COSSONET – 45600 SULLY SUR LOIRE

Conformément à la loi « informatique & libertés » du 06/01/1978, les informations recueillies sur ce formulaire peuvent donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès auprès du SUPNAAFAM

Fait à _____ le : _____
 Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

INITIAL

Adhésion du 1^{er} juillet 2021 au 31 décembre 2021

Libellé	Description	Tarif	Choix
Adhésion	Adhésion SUPNAAFAM	20 €	
	Cotisation UNSA		
	Assurance Protection Juridique (offerte)		
	1 contrat de travail autocopiant SUPNAAFAM		

INITIAL Couple

Adhésion du 1^{er} juillet 2021 au 31 décembre 2021

Libellé	Description	Tarif	Choix
Adhésion	Adhésion SUPNAAFAM	25 €	
	Cotisation UNSA		
	Assurance Protection Juridique (offerte)		
	1 contrat de travail autocopiant SUPNAAFAM		

« Un justificatif fiscal ouvrant droit à un remboursement en crédit d'impôt vous sera adressé ultérieurement, égal à 66 % de la cotisation de base versée, calculé sur la limite de 1 % de votre revenu brut imposable »

- Banque : _____ Chèque n° _____
 émis à l'ordre du SUPNAAFAM – UNSA
 Virement

RIB – Identifiant National de Compte				Domiciliation			
ETABLISSEMENT	GUICHET	N° COMPTE	CLE RIB	La banque postale			
20041	01003	0723728T024	17	Limoges			
IBAN						BIC	
FR77	2004	1010	0307	2372	8T02	417	PSSTRPPCLE



ATTENTION !

La date prise en compte pour le départ de l'assurance est :
soit la date du cachet de la poste
soit la date de l'avis de virement bancaire