MG FRANCE
RHÔNE-ALPES
LE SYNDICAT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

BULLETIN D'ADHÉSION

À retourner à : MG FRANCE RA - BP 11 - 01260 CHAMPAGNE EN VALROMEY

NOM _____
PRENOM _____
Adresse _____
_____
_____
Code postal _____
Ville _____
Tél _____ Fax _____
Email _____

☐ **J'adhère à MG France de mon département pour l'année en cours,**

Cotisation normale	252 €
1er et 2eme année d'installation Retraité, Etudiant, Remplaçant Activité à faibles revenus	126 €

☐ **J'adhère à MG France pour la première fois**

Cotisation de bienvenue	126 €

Prélèvement automatique conseillé : 21€ ou 10.50 € par mois

☐ Oui, Je souhaite souscrire au prélèvement automatique mensuel.

Je retourne l'autorisation de prélèvement signée, accompagnée d'un RIB

un reçu vous sera adressé pour votre déduction fiscale

Réf : BA MGFRA 01-2014 / Impression GRAPHI-K-LAD 69400 LIMAS - www.graphi-k-lad.eu

Mandat

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par la société Medsyn.
En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec la société Medsyn.

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter :

.....
.....
.....
.....

Désignation du compte à débiter

BIC (Bank Identifier Code)

|_____|

IBAN (International Bank Account Number)

|_____||_____||_____||_____||_____||_____||_____|

ICS : **FR54ZZZ516533**

Nom et adresse du créancier :
MG FRANCE
13 rue Fernand Léger - 75020 PARIS

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter :

.....
.....
.....

Date et signature (obligatoires)

Date :

Joindre obligatoirement un RIB