

INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame Monsieur Nouvelle adhésion : oui / non N° adhérent :

Nom : Prénom :

Conjoint adhérent : **ACTIF** **PATS** Nom : Adhérent N° :

Nom de jeune fille : Téléphone :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Adresse postale :

Code postal : Commune :

Adresse mail :

ALLIANCE AVANTAGES - INCLUS



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.



INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

MATRICULE : GRADE :

Date d'entrée au MI :

DIRECTION D'AFFECTATION

DGPN DCSP DCPJ DCCRS DRCPN DCPAF DCRFPN DSGI DSIC

SGAMI GENDARMERIE JURIDICTION ADMIN. PREFECTURE AUTRES :

PREFECTURE DE POLICE

DOPC DSPAP DILT DRPP DRPJ DTPP DPG SGA AUTRES :

Service d'affectation : Département :

Ville d'affectation : Tél professionnel :

JURIDICA - INCLUS



ALLIANCE POLICE NATIONALE vous offre pour vous et votre famille une **protection juridique** auprès de **JURIDICA AXA** pour vous aider à prévenir et gérer vos risques juridiques/disciplinaires, en partenariat avec **PAYA ASSURANCES**, en vous accompagnant dans vos démarches et prenant en charge vos frais de justice.



INFORMATIONS SUR LA COTISATION ET PAIEMENT

cotisation syndicale
déductible des impôts
à hauteur de 66%

Catégories / Grades	Cotisation annuelle	Coût réel (après déduction d'impôts)	Moyens de paiement : (au choix)
Catégorie C* <input type="checkbox"/>	60 €	20,40 €	<input type="checkbox"/> carte bancaire <input type="checkbox"/> espèces <input type="checkbox"/> un seul chèque (à l'ordre d'ALLIANCE Police Nationale) <input type="checkbox"/> prélèvement automatique avec choix de la fréquence de prélèvement récurrent : <input type="checkbox"/> en trois fois (par trimestre) <input type="checkbox"/> en une fois (remplir le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous, en y joignant un R.I.B.)
Catégorie B* <input type="checkbox"/>	70 €	23,80 €	
Catégorie A* <input type="checkbox"/>	90 €	30,60 €	
Ouvrier Etat <input type="checkbox"/>	70 €	23,80 €	
Apprenti <input type="checkbox"/>	10 €	3,40 €	
Retraité <input type="checkbox"/>	30 €	10,20 €	
Stagiaire <input type="checkbox"/> (primo adhérent externe) 50% du montant de la catégorie concernée			

*Cat. C : Adjoint Adm, Adjoint Tech, ASPTS, Contractuels...
 *Cat. B : SA, Contrôleur ST, Tech PTS et SIC, Contractuels...
 *Cat. A : Attaché, Ingénieur PTS et SIC, Contractuels...

Les cotisations couples (de tous corps) bénéficient d'une réduction de 25%. Les primo-prélèvements bénéficient de 10% de réduction. Dès la 2ème année de prélèvement, 5% de réduction. Ces réductions sont applicables et cumulables entre elles sur une année civile de cotisation.

- Je ne souhaite pas recevoir les informations syndicales par Mail.
- Je ne souhaite pas recevoir les informations syndicales par téléphone.
- Je m'oppose à ce qu'ALLIANCE Police Nationale diffuse ces informations auprès de ses partenaires, 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/>



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
43 rue Greneta - 75002 PARIS

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 :