

APPEL DE COTISATION
Année 2021

**Merci de compléter
les infos =>**

Pharmacie :
Code Postal :
Titulaire(s) :

En 2021
pas d'augmentation de la cotisation




**Souplesse et meilleure
gestion de votre
trésorerie = optez
pour le prélèvement
mensuel de votre
adhésion :**

Adhésion seule
=> **12 prélèvements de : 55,00 €** (de janvier à décembre 2021)

Adhésion + Abonnement au magazine « pharmacien de France »
=> **12 prélèvements de : 63,00 €** (de janvier à décembre 2021)

** Cette formule reconduit automatiquement votre adhésion de mois en mois mais vous pouvez décider ne pas la reconduire en nous envoyant un courrier recommandé.
Vous serez informé tous les ans du montant de l'adhésion et de l'échéancier de paiement.*

 **Pensez à nous retourner le formulaire prélèvement SEPA, rempli daté signé +1 RIB
Sauf si vous aviez déjà opté pour la formule de paiement par prélèvement les années
précédentes.**

→ Vous venez de vous installer ?

Pour vous permettre de découvrir notre action, nous vous offrons une :

Cotisation avec une réduction de 50 % :

tarif préférentiel valable 1 fois pour les pharmaciens primo installés en 2019-20-21

Adhésion découverte
=> **12 prélèvements de : 27,50 €** (de janvier à décembre 2021)

Adhésion découverte + pharmacien de France
=> **12 prélèvements de : 35,50 €** (de janvier à décembre 2021)

Vous préférez un règlement en 1 fois ?

vous pouvez régler votre adhésion par chèque ou par virement bancaire*

 **pensez à nous retourner votre règlement en janvier pour continuer à
bénéficier de nos services :**


- 660,00 € = Adhésion seule
- 330,00 € = Adhésion « découverte »
- 756,00 € = Adhésion + abonnement au Pharmacien de France
- 426,00 € = Adhésion découverte + abonnement au Pharmacien de France

** RIB syndicat : FR76 1027 8073 9500 0107 6984 512*



Bon à savoir => Le montant de la cotisation syndicale peut être déduit de vos frais généraux

A retourner rempli daté et signé accompagné de votre rib/iban

 <p>Mandat de prélèvement SEPA Single Euro Payments Area</p>	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Le SYNDICAT DES PHARMACIENS DU RHÔNE</p> <p>à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT DES PHARMACIENS DU RHÔNE</p> <p>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.</p>	
	<p>Référence unique du mandat : 692</p> <p>Débitteur :</p> <p>Votre Nom _____</p> <p>Votre Adresse _____</p> <p>Code postal _____ Ville _____</p> <p>Pays _____</p> <p>IBAN <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"/></p> <p>BIC <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"/></p> <p>A : _____</p>	<p>Identifiant créancier SEPA : FR 81ZZZ447565</p> <p>Créancier :</p> <p>Nom : SYNDICAT DES PHARMACIENS DU RHONE</p> <p>Adresse / 31 rue Mazenod</p> <p>Code postal 69426 Ville : Lyon cedex 03</p> <p>Pays FRANCE</p> <p>Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel</p> <p>Le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
	<p>Signature : <input style="width: 300px; height: 40px;" type="text"/></p>	<p>Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p> <p>Veillez compléter tous les champs du mandat.</p>



N'oubliez pas de joindre votre rib, merci