

Adhérez à l'IPS et ...

- 1 Rejoignez un réseau de professionnels engagés dans une démarche active d'amélioration de la législation.
- 2 Anticipez les évolutions de la législation en termes de protection sociale.
- 3 Suggérez des axes de réflexion.
- 4 Participez efficacement aux débats.
- 5 Recevez une invitation aux Rencontres Annuelles de l'IPS.
- 6 Soyez informé en priorité de l'actualité de la protection sociale.
- 7 Recevez gratuitement les publications de l'IPS.
- 8 Recevez une invitation aux Entretiens de l'IPS, déjeuners-débats mensuels présidés par un représentant politique ou institutionnel.

• **NOM**

• **PRENOM**

Votre activité

Expert-comptable

CGPI

Courtier

Avocat

Notaire

BULLETIN D'ADHÉSION

2019

Vos coordonnées

Société

Fonction

Adresse professionnelle

CP Ville Téléphone Mobile

E-mail.....

Site internet

Etablissement à facturer (si différent)

Société

Adresse

CP Ville

Votre adhésion

Je souhaite devenir membre de l'Institut de la Protection Sociale et verse une cotisation annuelle de 500 € TTC (416,67 € HT) :

Par chèque libellé à l'ordre de l'Institut de la Protection Sociale.

Par prélèvement annuel

Par virement bancaire annuel

Le bureau de l'Institut de la Protection Sociale statuera sur votre dossier d'adhésion et sa décision vous sera notifiée par écrit.

En cas de refus de votre demande, votre règlement vous sera retourné.

Fait à, le

Signature

Visé par l'IPS



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez l'INSTITUT DE LA PROTECTION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'INSTITUT DE LA PROTECTION.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Référence unique du mandat : _____
Débiteur : _____
Société ou nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

Identifiant Créancier SEPA : **FR19ZZZ661208**
Créancier :
Société : INSTITUT DE LA PROTECTION SOCIALE
Adresse : Immeuble le Président,
40-42 avenue Pompidou
Code postal : 69003 Ville : LYON

IBAN :

BIC :

Paiement : Récurrent / permanent ou Unique

A : _____ Le : _____

Signature :

Veillez compléter tous les champs du mandat.