



DEMANDE D'ADHÉSION  
À L'AMICALE DES RETRAITÉS  
DU CRÉDIT AGRICOLE CENTRE-EST

1 rue Pierre de Truchis de Lays  
69410 – CHAMPAGNE AU MONT D'OR

Je soussigné (e)  Mme,  Mr,

Nom : .....

Prénoms : .....

Né (e) le : ...../...../.....

Demeurant : .....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....-.....-.....-.....-.....-

Portable : .....-.....-.....-.....-.....-

E-mail \* : .....@.....

\* : adresse mail impérative pour être tenu informé de la vie et des activités de l'ARCACE

Date de départ en retraite : ...../...../.....

Dernière période travaillée au sein de l'entreprise (en années): de ..... à .....

Demande mon adhésion à l'Amicale des retraités du Crédit Agricole Centre-Est et autorise le débit de mon compte, du montant de la cotisation annuelle, par la signature du « Mandat de Prélèvement SEPA » accompagné d'un RIB.

En adhérant à l'Amicale des retraités du Crédit Agricole Centre-est (ARCACE), j'accepte que mes données personnelles ci-dessus, soient enregistrées et utilisées pour gérer mon adhésion, m'adresser la communication diffusée et me fournir les services et prestations proposés.

En ce sens, j'accepte que ces données soient transmises à la Fédération Nationale des AROPA (FNAROPA) et à ses prestataires pour l'exécution de traitements mutualisés tels que l'édition des cartes d'adhérents ou l'abonnement à la revue Le Chêne Vert ou la production de statistiques.

Conformément au Règlement Général de Protection des Données, l'Amicale des Retraités du Crédit Agricole Centre-Est (ARCACE) s'engage à préserver la confidentialité de mes données personnelles et à ne pas les divulguer à d'autres entités.

Je dispose également des droits à l'information, à la rectification et à la suppression de mes données personnelles en m'adressant à l'Amicale des Retraités du Crédit Agricole Centre-Est (ARCACE), responsable des traitements, par courrier électronique (contact@arcace.org) ou par courrier postal.

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

--

Ne rien inscrire dans cette case. La Référence Unique du Mandat vous sera transmise par courrier après l'enregistrement de votre adhésion.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez L'AMICALE DES RETRAITES DU CREDIT AGRICOLE CENTRE EST à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'AMICALE DES RETRAITES DU CREDIT AGRICOLE CENTRE EST.

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.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*Veillez compléter les champs marqués\**

Vos Nom, Prénom * (débiteur)	.....
Votre adresse *	..... Numéro et nom de la rue ..... Code Postal Ville ..... Pays
Les coordonnées de votre compte * <b>Joindre un RIB</b>	..... N° d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) ..... Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Les coordonnées du créancier	<b>AMICALE DES RETRAITES CREDIT AGRICOLE CENTRE EST</b> <b>1 RUE PIERRE DE TRUCHIS DE LAYS</b> <b>69410 CHAMPAGNE AU MONT D'OR</b> Code pays <b>FR</b> Identifiant SEPA du créancier <b>FR81ZZZ441842</b>
------------------------------	---

Type de paiement	Prélèvement annuel « Appel de cotisation »
------------------	--

Fait à .....le .....

Signature