

SYNOVA* bulletin d'affiliation

À compléter par SYNOVA: zone

secrétariat

Coordonnées (en majuscules s.v.p.)

nom

prénom

rue

n°

bte

code postal

commune

n° registre nat. (sur la carte d'identité)

-

sexe femme homme

date de naissance

.

.

nationalité

langue de correspondance français néerlandais

état civil

nom partenaire

compte en banque IBAN

BIC

tél

gsm

e-mail privé

e-mail travail

Renseignements professionnels

ouvrier employé cadre je bénéficie d'une allocation complémentaire (Activa, complément chômage, ...) _____
 chômage complet RCC (prépension) étudiant autre: _____

nom employeur

intérimaire chez

adresse

en service à partir du

.

.

numéro d'entreprise

commission paritaire

secteur d'entreprise

temps plein oui non

si non, je travaille _____ h/semaine

temps plein _____ h/semaine

Affiliation syndicale

je souhaite m'affilier dans la zone où j'habite je travaille

à inscrire à partir du

.

.

venant de la CSC FGTB autre: _____

et affilié depuis le

.

.

jusqu'au

.

.

signature affilié

J'ai lu et j'accepte les conditions d'affiliation.

SYNOVA conserve et traite vos données par voie informatique dans le cadre de la prestation de services aux affiliés. Conformément aux dispositions de la loi sur la protection de la vie privée, vous êtes en droit de les consulter et de les rectifier. Pour plus d'informations, consultez notre site web. Vous y trouverez le lien vers ladéclaration de protection de la vie privée.



Affiliez-vous!
SYNOVA.be

SYNOVA
syndicat libre

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA DOMICILIATION EUROPÉENNE

Perception récurrente (Business to Customer)

Données titulaire du compte (à compléter par le débiteur)

nom prénom

rue n° bte code postal commune

compte en banque IBAN

BIC

nom affilié (si autre que le débiteur)

fait à date

signature

Je soussigné(e) déclare :

- être titulaire ou mandataire du compte repris ci-dessous ;
- accepter que SYNOVA envoie des ordres à ma banque pour débiter mon compte d'un montant ;
- accepter que ma banque débite mon compte conformément aux instructions de SYNOVA ;
- accepter la proposition de SYNOVA qui peut procéder à l'exécution de tout paiement domicilié sans délai de notification ;
- accepter la proposition de SYNOVA que le paiement domicilié mensuel peut immédiatement être modifié en fonction du statut du membre connu par SYNOVA à ce moment-là, et ceci conformément au règlement des cotisations ;
- accepter la proposition de SYNOVA qu'en cas d'arriérés de paiement, les arriérés peuvent être payés par une augmentation temporaire des paiements domiciliés jusqu'à concurrence du solde impayé avec un maximum de 60 euros par mois ;
- accepter la proposition de SYNOVA qu'en cas de surplus inférieur au montant du paiement mensuel, ce montant sera déduit du paiement mensuel ;
- être d'accord avec l'enregistrement et le traitement de mes données personnelles par l'AF SYNOVA ayant son siège social au Koning Albertlaan 95 à 9000 Gent, c.-à-d. l'organisation responsable du traitement. Ces données personnelles sont uniquement traitées dans le cadre de l'exécution des services de paiement concernant les cotisations du membre pour lesquelles le mandat a été donné, y compris la prévention d'abus et de fraude. En ce qui concerne le droit d'accès et le droit de rectification de données incorrectes, une demande doit être envoyée à l'adresse précitée.

En signant ce formulaire vous autorisez SYNOVA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNOVA. 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. Votre banque peut vous informer sur vos droits liés à votre mandat.

Données créancier

nom: SYNOVA

identifiant créancier: BE66 007 0850330011

adresse: Koning Albertlaan 95, 9000 Gand, Belgique

Réservé à SYNOVA

motif domiciliation: cotisation pour numéro d'affiliation

numéro de mandat

<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Veuillez remettre ce formulaire à votre secrétariat SYNOVA. En cas d'arrêt de la domiciliation, le créancier (SYNOVA) doit en être averti.
*SYNOVA est utilisée dans le présent formulaire d'affiliation comme nom commercial jusqu'au 14 septembre 2026 inclus; jusqu'à cette date, la dénomination légale et statutaire « CGSLB (Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique) » demeure d'application.



Affiliez-vous!
SYNOVA.be

SYNOVA
syndicat libre