



**UNION SYNDICALE
DE LA PSYCHIATRIE**

**52 rue Gallieni 92240 Malakoff
Tél/fax 01 46 57 85 85
e-mail : uspsy@free.fr – site : www.uspsy.fr**

NOM :

PRENOM :

FONCTION :

Hospitalier : Temps plein : Temps partiel :
Mode d'exercice : Libéral :
Salarié - Associatif :
Mixte :
Retraité :

ADRESSE : **Personnelle :**

Code Postal :

Ville :

Tél :

courriel :

Professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Tél :

courriel :

Le montant de l'adhésion à l'Union Syndicale de la Psychiatrie est fixé à :

200 € pour une cotisation de base

150 € pour une cotisation retraité.e

50 € pour les internes

à partir de 300 € pour une cotisation de soutien

Vous pouvez choisir un règlement périodique PAR VIREMENT PERMANENT (périodicité à votre guise, mensuelle, trimestrielle ou semestrielle).

Ci joint le RIB de l'USP à transmettre à votre banque ou à utiliser sur votre application bancaire

J'adhère à l'**Union Syndicale de la Psychiatrie**, et verse au titre de mes cotisations syndicales la somme de € par chèque :

par virement : mensuel (montant) :
semestriel (montant) :

trimestriel (montant) :
annuel (montant) :

Je désire recevoir un reçu : OUI NON

Date :

Signature :

Les cotisations syndicales ouvrent droit à réduction d'impôt, et sont déductibles des frais professionnels.

DEMANDE DE VIREMENT PERMANENT

(A remplir, et à adresser directement à votre établissement bancaire ou à utiliser sur votre application bancaire)

Je, soussigné(e), (Nom) _____ (Prénom) _____

demande que la somme de _____ Euros

à partir de mon compte N° _____ soit virée
mensuellement : bimestriellement : trimestriellement : semestriellement :
(rayer les mentions inutiles)

Banque / C.C.P. _____

Agence: _____

Adresse: _____

au profit de **l'Union Syndicale de la Psychiatrie** :

LCL, Paris Quartier Latin
22 Bd St Michel
75006 PARIS

<i>Code Banque</i>	<i>Code Guichet</i>	<i>Numéro de Compte</i>	<i>Clé RIB</i>	<i>Domiciliation</i>
30002	00421	0000008224 C	67	CL PARIS Quartier Latin 00421
IBAN : FR64 3000 2004 2100 0000 8224 C67 - BIC: CRLYFRPP				

Intitulé du Compte : **UNION SYNDICALE DE LA PSYCHIATRIE**
52 Rue Gallieni
92240 MALAKOFF

Fait à _____ Le _____

Signature :

La présente opération ANNULE tout autre virement éventuellement déjà programmé en faveur du bénéficiaire.