



**C.D.I.F.L.**  
Comité de Défense  
et d'Initiatives des  
Frontaliers au  
Luxembourg

# DEMANDE D'ADHÉSION

NOM  PRÉNOM

NÉ(E) LE  À

PAYS DE NAISSANCE  NATIONALITÉ

ADRESSE

CODE POSTAL  VILLE

TEL  E-MAIL

PROFESSION

EMPLOYEUR

SECTEUR ÉCONOMIQUE

## VOTRE COTISATION ANNUELLE

- 45 € INDIVIDUEL
- 20 € CHÔMEUR
- 60€ FORFAIT COUPLE  
(REPLIR DEUX BULLETINS D'ADHÉSION)
- 20 € RETRAITÉ

## VOTRE MODE DE PAIEMENT

- CHÈQUE
- ESPÈCES
- VIREMENT
- PRÉLÈVEMENT  
(L'ADHÉSION PRENDRA EFFET À RÉCEPTION  
DE VOTRE RÈGLEMENT)
- (À REMPLIR : MANDAT SEPA)

Je déclare adhérer au C.D.I.F.L. en acceptant les statuts (exemplaire remis), dont j'ai pris connaissance. Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : C.D.I.F.L. - B.P. 28 - 57390 AUDUN LE TICHE.

DATE  SIGNATURE

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :



**C.D.I.F.L.**  
**B.P. 28**  
**57390 AUDUN LE TICHE**

### Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **C.D.I.F.L.**, (**Comité de Défense et d'Initiatives des Frontaliers au Luxembourg**), à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **C.D.I.F.L.**  
*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.*

Référence Unique Mandat : RUM (réservé au créancier) :

### COTISATION C.D.I.F.L.

Paiement :  Récurent / Répétitif

Montant cotisation :

Prélèvement :  Trimestriel  Semestriel  Annuel

#### Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (\*)

Adresse : (\*)

Code postal : (\*)

Ville : (\*)

Pays :

#### Identifiant Créancier SEPA : FR80ZZZ808B2A

Nom : C.D.I.F.L.(Comité de Défense et d'Initiatives des Frontaliers au Luxembourg)

Adresse : B.P. 28

Code postal : 57390

Ville : AUDUN LE TICHE

Pays : FRANCE

BIC

IBAN

**Veuillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier**

Le (\*)    :

Signature (\*) :

A (\*) : .....

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.  
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.