



ASSOCIATION de SANTE au TRAVAIL de l'ARRONDISSEMENT de VALENCIENNES  
Association loi 1901 - Enregistrement préfectoral W 596001851  
Siège : 62 Rue Milhomme 59300 VALENCIENNES  
Siret: 783 862 238 / 00020 - APE: 8621 Z  
TVA intracommunautaire FR 12 783862238

# **Simplifiez-vous la vie, choisissez le prélèvement automatique**

Cher adhérent,

Afin de vous offrir un meilleur service, nous vous proposons d'opter pour le prélèvement automatique pour régler vos cotisations.

Le prélèvement automatique c'est plus simple, plus sûr et plus économique

**Pas de chèque à établir, pas de lettre à poster, et la garantie de payer à la date limite de paiement sans risque d'oubli ou de retard**

*Pour bénéficier du prélèvement automatique, il vous suffit de remplir et de renvoyer le formulaire joint à ce courrier, daté, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B) original.*

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au :  
03.27.46.25.57

Nous vous remercions de votre confiance et nous vous prions de croire, cher adhérent, en l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Service Cotisations

**A RETOURNER**



Merci de nous indiquer votre  
N° adhérent

**ASTAV  
Service Cotisations  
62 rue Milhomme**

**59300 VALENCIENNES**

**DEMANDE DE PRELEVEMENT**

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER			
_____			
_____			
_____			

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER			
_____			
_____			
_____			

COMPTES A DEBITER			
_____	_____	_____	_____
Banque	Guichet	N° de compte	clé

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	
<b>ASS DE SANTE DU TRAVAIL DE L'ARRONDISSEMENT DE VALENCIENNES 62 RUE MILHOMME</b>	
<b>59300 VALENCIENNES</b>	

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT**

**NE PAS SEPARER**

N° National d'émetteur
<b>565989</b>

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER			
_____			
_____			
_____			

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	
<b>ASS DE SANTE DU TRAVAIL DE L'ARRONDISSEMENT DE VALENCIENNES 62 RUE MILHOMME</b>	
<b>59300 VALENCIENNES</b>	

COMPTES A DEBITER			
_____	_____	_____	_____
Banque	Guichet	N° de compte	clé

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER			
_____			
_____			
_____			

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**Merci de renvoyer les deux parties de cet imprimé, sans les séparer.  
Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.**