

INTERNATIONAL POLICE ASSOCIATION
SECTION ROYALE BELGE
 Association Sans But Lucratif
 Secrétariat National
 2000 ANTWERPEN, Lange Nieuwstraat, 16/2
 TEL 03/232.24.59 FAX 03/226.48.49



N° :
 Date d'entrée :
 Visa trésorier :
 National / Provincial:
 Cash:
 C.C.P.:

FORMULAIRE D’AFFILIATION

A remplir en caractère d'imprimerie s.v.pl.

(*) Certificat de fidélité – (*) Demande de domiciliation - (*) nouveau membre –
 (*) Ré-affiliation

1. Nom :
2. Prénoms :
3. Lieu et date de naissance :
4. a) Service de police : Police Intégrée Autre :
- b) Zone de police, direction ou département :
- c) Date d'entrée en service :
- d) Grade et/ou fonction :
- Si d'application, pensionné depuis le :
5. Adresse : rue N° bte
 Code postal : Localité :
- TEL : GSM : E-mail :
6. Rôle linguistique : Français Néerlandais Allemand Autre :
7. Quels sont vos sujets d'intérêts (hobbies) ?
8. Voiture : Marque : N° d'immatriculation :
9. Avez-vous déjà été affilié ? Non Oui, numéro d'affiliation ?.....
10. Je souhaite être rattaché à l'IPA - Province de Hainaut - Régionale Charleroi – Régionale Mons (*)

CARTE DE MEMBRE

Établie :
 Expédiée :
 Avec annexe(s) :
 IPA insigne(s)
 vignette

Ce bulletin, est à adresser à GEORGES Marc, rue de Neufvilles, n°425 à 7063 SOIGNIES (*) pour un gain de temps peut être envoyé par mail au format PDF à GEORGES Marc : georges@ipa-hainaut.be. Au moment de l'affiliation, je vire au compte bancaire **BE35 0682 0907 4837** BIC GKCCBEBB de l'**I.P.A. Province de Hainaut - ASBL**, C/O GEORGES Marc à 7063 SOIGNIES, la cotisation annuelle de 25 € pour l'année 2024.

Déclaration : je donne mon consentement :

Je déclare avoir pris connaissance de la politique de confidentialité de l'IPA Province de Hainaut ASBL via le lien sur la page «politique de confidentialité» sur notre site internet www.ipa-hainaut.be ou dans la revue Autorise que mes données figurant sur ce document soient utilisées uniquement dans le cadre de l'IPA. Autorise que des photos prises dans le cadre d'activités IPA, sur lesquelles j'apparais peuvent être publiées dans la revue IPA, site IPA, ou réseaux sociaux IPA.

Oui / Non (*)
 Oui / Non (*)

En cas de refus, je m'engage à rappeler ce refus avant chaque activité
 Vos données seront conservées jusqu'à révocation de votre affiliation à l'IPA

Oui/ Non (*)

Fait à Le..... 2024.

(Lieu et date)

(s)

Présenté par : Nom :

Numéro de membre I.P.A. :

(s)

<p>Je, soussigné (titulaire du compte à débiter) : autorise I.P.A. Province de Hainaut ASBL, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de I.P.A. Province de Hainaut ASBL pour le numéro de membre (à compléter par l'IPA) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> en débitant le compte bancaire suivant : (IBAN) BE <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> (BIC) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Signature : Date : <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>REFERENCE DOMICILIATION : <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> NUMERO D'IDENTIFICATION DU CREANCIER : PRELEVEMENT : <input checked="" type="checkbox"/> RECURENT <input type="checkbox"/> UNIQUE</p> <p>Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.</p>
---	---

N.B. : La domiciliation sera effective pour la cotisation de l'année suivant celle de la demande.

(*) Biffer les mentions inutiles