

**CONDITION D’ADHESION**

\_SPP, SPV, PATS. Il faut avoir effectué 15 années de service et être âgé de 55 ans au moins.

\_Personnel inapte au service actif pour raison médicale : il faut avoir effectué 10 années et plus d’activités et être âgé de 55 ans. 55 ans

**BULLETIN d’ADHESION**

**PHOTO**

**D’IDENTITE**

**Nom:** …………………………………...………… **Prénom:** …………………..…….………………………………..

**Nom de jeune fille:**…………………………………………………

**Date de naissance :**…..…/…..…/…………..…… **Lieu :**………………………………...……………………………

**Adresse :**………...………………………….……………………………………………………………………………

**Code Postal :**…………………… **Ville :**…………………………….………………

**Téléphone Fixe :**………………………………… **Téléphone Portable :**…………………………………………..

**Adresse Internet :**……………………………...………………………………………………………………………..

Cocher la case concernée

 Ma cotisation sera prise en charge par l’amicale de : ………………………………

 La cotisation n’est pas prise en charge par l’amicale.

 Joindre au bulletin d’adhésion un chèque de 32,16 € **(-75 ans)** ou 30,30 € **(+75 ans)** ou 34,96 € (-75 ans en activité professionnelle si vous choisissez la couverture assurancielle proposée aux Anciens.)

Chèque libellé à l’ordre « UDSP 25 Commission des Anciens SP du Doubs » et envoyer au siège de l’UDSP 25

***Durée du service***

**Date d'engagement :**……………….. **Date de cessation :**……………….. **Durée totale :** …....…

**Grade à la cessation :**…………………………… **Centre d'appartenance :** ………………….…………………….

 **Visa et cachet du chef de centre obligatoire ou du Maire pour les corps dissous**

**Date de signature**

 **de l'adhérent Visa Pdt Amicale**

COMMISSION DES ANCIENS SAPEURS-POMPIERS DU DOUBS

**ATTESTATION**  (Bien *préciser le Nom et prénom du ou des bénéficiaires et le lien de parenté*)

 S’il n’existe aucun bénéficiaire le capital ou l’allocation sera versé à l’œuvre des Pupilles

**Je soussigné :**…………………………………………………………………………………………………………..

**Demeurant :**……………………………………………………………………………..…………………………

**Désigne:** Mme, Mlle, Mr :……………………………………………………………………………………………….

**Lien de parenté**……………………………………………

**Demeurant :**………………………………...…………………………………………………………………………..

 Comme bénéficiaire principal du capital forfaitaire décès toutes causes versé en cas de décès jusqu’à 64 ans. Du capital dégressif de 65 à 74 ans. De l’allocation forfaitaire de 75 ans à 84 ans. De l’allocation décès versé directement par la section des Anciens à partir de 85 ans.

**A défaut, je désigne:** Mme, Mlle, Mr: ………………………………………………………………………………….

**Lien de parenté**……………………………………………

**Demeurant:** ……………………………………………………………………………………………………………..

Comme bénéficiaire en second en cas de disparition du bénéficiaire principal.,

**Fait à :**………………………… **Le :**…........./…….…/…… **Signature :**

 **A retourner à : UDSP25 – 10, chemin de la clairière – 25000 Besançon** Mise à jour : 01/01/2024