



BULLETIN D'ADHÉSION 2025 I.P.A FRANCE

COTISATION ANNUELLE

IPA France (Chez Orphéopolis), 44 rue Roger Salengro
94126 Fontenay-sous-Bois Cedex
ipafrance@ipafrance.org

I.P.A France – Délégation Dép. :

Cadre réservé au Bureau National

DATE :

Mme M.

Numéro d'adhérent:

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Adresse postale complète :

Code postal : Ville : Pays

Date de Naissance : Lieu de Naissance :

E-Mail personnel : tel :

Je souhaite recevoir la revue IPA France en version numérique par la voie postale

J'accepte que ma photo paraisse dans toute la documentation IPA à titre bénévole,

Cocher : Police Nationale Police Municipale Gendarmerie Douane Police transport

Grade : Service et lieu d'affectation :

Retraité : Date de retraite : Veuf, Veuve :

Date du début du contrat : Date de fin de contrat : Langues parlées :

Joindre la copie d'un justificatif professionnel ou de retraite

Je choisis le mode de paiement : chèque virement prélèvement automatique (compléter ci-dessous)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'I.P.A France à envoyer des instructions à ma banque, afin de débiter mon compte. Ceci, conformément aux instructions de l'I.P.A France, pour le paiement de la cotisation annuelle.
En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. De même, je réglerai le différend directement avec l'IPA France.

Créancier : I.P.A France
(Chez Orphéopolis)
44 rue Roger Salengro
94126 Fontenay-sous-Bois Cedex
Identifiant créancier SEPA :
FR36ZZZ440518

Coordonnées bancaires du compte à débiter : Nom : Prénom :

IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

JOINDRE UN R.I.B

Nom de votre banque :

J'adhère à l'I.P.A France.

Fait à : Le :

Montant de la cotisation annuelle 2025 : 32€

(Année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre)

Condition particulière à partir du 1^{er} juillet : à régler 48€ soit 16€ pour l'année en cours et 32€ pour l'année suivante.

Signature 