

# BULLETIN D'ADHESION

*\* Tous les champs sont obligatoires*

Canton: .....  
Nom\*: ..... Prénom\*: .....  
Adresse\*: .....  
Code Postal\*: ..... Ville\*: .....  
Téléphone\*: ..... Mail\*: .....  
Date de naissance\*: .....

## Ta situation professionnelle

Tu es\*:

**Exploitant(e)**

Date d'installation\*: .....  
Installé(e) en société\* (GAEC, EARL, SCEA, SARL...): .....  
Nom de la société\*: .....  
Installé(e) en cadre familial\* (oui ou non): .....  
Ta formation\*: .....  
Ton établissement\*: .....

**Salarié(e)**

En? (Exploitation, ETA...)\*: .....  
Autre (précises)\*: .....  
Avec un projet d'installation (oui ou non)\*: .....  
Si oui, dans combien de temps: .....  
Ta formation\*: .....  
Ton établissement\*: .....

**Etudiant(e)**

Ta formation\*: .....  
Ton établissement\*: .....  
Tes projets après tes études\*: .....

## Ton activité professionnelle

Tu es en production\*:

Conventiennelle

Biologique

Autre: .....

Ta / tes filière(s)\*: *Plusieurs choix possibles*

Lait

Porc

Volaille

Viande bovine

Veaux de boucherie

Légumes sous serre (lesquels): .....

Légumes plein champs (lesquels): .....

Autre (précises): .....

Ta distribution: *Plusieurs choix possibles*

Coopérative / Groupement (nom): .....

Vente directe (colis de viande, fromages,...): .....

Autre (précises): .....

## Le réseau JA

Tu souhaites t'impliquer sur le dossier: *Plusieurs choix possibles*

Lait  Porc  Légumes  Installation  Communication/Agribashing

Tu souhaites recevoir la revue nationale «JA MAG»: *30€/an en plus de ta cotisation, payable à JA29*

Oui  Non

Ton exploitation est adhérente à la FDSEA29:

Oui N°d'adhérent: .....

*La FDSEA29 peut rembourser 35€ directement à l'exploitation adhérente FDSEA sous réserve de leurs modalités et conditions de remboursement.*

Non

En adhérant à JA29, tu recevras tous les 2 mois le journal d'informations «**La Gazette des JA**». Mais aussi, des invitations aux réunions d'informations, aux formations et autres actions proposées par JA29.

Pour participer à la vie de ton canton, tu peux contacter ton président de canton qui te tiendra informé des actions / évènements prévus.

Pour toutes demandes / informations, voici tes numéros utiles:

**L'assistante administrative&comptable** au **02 98 52 48 21** pour toutes questions administratives, financières liées à ton adhésion

**L'animatrice Filières&Installation** au **06 07 71 00 06** pour toutes questions sur la vie syndicale, les filières et l'installation

**L'animatrice Communication&Réseau** au **07 70 49 69 96** pour toutes questions sur la vie du réseau, les évènements, la communication

## Ta cotisation JA

Tu paies par **chèque ou espèces** et tu es:

Exploitant(e): **90€**

Salarié(e): **60€**

Etudiant(e): **45€**

Tu paies par prélèvement automatique et tu es: *joindre obligatoirement un RIB*

Exploitant: **80€**

Salarié(e): **55€**

Etudiant(e): **40€**

*«J'accepte que Jeunes Agriculteurs du Finistère prélève sur mon compte bancaire, chaque année, le montant de ma cotisation syndicale. Cet engagement est valable tant qu'il n'aura pas été dénoncé par lettre adressée à JA29, qui m'aura préalablement informé de la date du prélèvement.»*

Ta carte d'adhérent te sera adressée par voie postale ultérieurement.

**Bulletin à retourner à JA29:** 24 Route de Cuzon 29000 Quimper  
ou par mail à: [jeunes-agriculteurs@ja29.com](mailto:jeunes-agriculteurs@ja29.com)

Date\*: .....

Signature\*:

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez JEUNES AGRICULTEURS DU FINISTERE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de JEUNES AGRICULTEURS DU FINISTERE).

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*Veillez compléter les champs marqués \**

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

Numéro et nom de la rue

--	--	--	--	--	--

Code Postal Ville

Pays

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Les coordonnées  
de votre compteNuméro d'identification international du compte bancaire – **IBAN** (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

Nom du créancier

J	E	U	N	E	S	A	G	R	I	C	U	L	T	E	U	R	S	D	U	F	I	N	I	S	T	E	R	E
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Identifiant créancier SEPA

**FR55ZZZ406517**

Numéro et nom de la rue

--	--	--	--	--	--

Code Postal Ville

**29000 QUIMPER**

Pays FRANCE

Type de Paiement

\* Paiement récurrent / répéitif Paiement ponctuel 

Signé à

Lieu

--	--

--	--

--	--	--	--

Date

Signature(s)

\*Veillez signer ici

--

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

## Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Contrat concerné

**ADHESION SYNDICALE**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à:

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier