



FUAF CENAZE FONU SOSYAL DAYANIŞMA KURUMU

CAISSE D'ENTRAIDE SOCIALE DE LA FUAF - 91 rue Broca - 75013 PARIS

Tél./Fax : 09 81 23 17 43 - 06 69 44 67 67 - 06 31 53 13 06 - mail : fcf@alevi-fuaf.com



ÜYE KAYIT FORMU

FORMULAIRE D'ADHESION

Müracaat edenin bilgileri - Informations sur le demandeur

| | |
|---------------------------------------|--|
| Adı - Prénom : | |
| Soyadı - Nom : | |
| Doğum yeri - Lieu de naissance : | |
| Doğum tarihi - Date de naissance : | |
| Anne adı - Prénom de la mère : | |
| Baba adı - Prénom du père : | |
| Cinsiyeti - Sexe : | <input type="checkbox"/> Erkek - Homme <input type="checkbox"/> Kadın - Femme |
| Uyruğu - Nationalité : | <input type="checkbox"/> T.C. vatandaşı <input type="checkbox"/> Diğer - Autre |
| Kişinin kilosu - Poids : | |
| Hastalıkları - Maladies : | <input type="checkbox"/> Kalp - Cœur <input type="checkbox"/> Kanser - Cancer |
| Diğer hastalıklar - Autres maladies : | |

Müracaat edenin eşinin bilgileri - Informations sur le conjoint du demandeur

| | |
|---------------------------------------|--|
| Adı - Prénom : | |
| Soyadı - Nom : | |
| Doğum yeri - Lieu de naissance : | |
| Doğum tarihi - Date de naissance : | |
| Anne adı - Prénom de la mère : | |
| Baba adı - Prénom du père : | |
| Cinsiyeti - Sexe : | <input type="checkbox"/> Erkek - Homme <input type="checkbox"/> Kadın - Femme |
| Uyruğu - Nationalité : | <input type="checkbox"/> T.C. vatandaşı <input type="checkbox"/> Diğer - Autre |
| Kişinin kilosu - Poids : | |
| Hastalıkları - Maladies : | <input type="checkbox"/> Kalp - Cœur <input type="checkbox"/> Kanser - Cancer |
| Diğer hastalıklar - Autres maladies : | |

Fransa adresi - Adresse en France

| | |
|--|--|
| Sokak ve No - N° et rue : | |
| P. kodu ve Şehir - C.P. et ville : | |
| Başkonsolosluk bölgesi : Consulat dépendant | |
| Ev telefonu - Tél. Domicile : | |
| E-mail - E-mail : | |
| Cep telefonu - Tél. Portable : | |

Türkiye adresi - Adresse en Turquie

| | |
|--|--|
| Cadde - Avenue : | |
| Sokak/Köy ve No : Rue/Village et N° | |
| P. kodu ve Şehir - C.P. et ville : | |
| İli - Département : | |
| E-mail - E-mail : | |
| Telefon - Téléphone : | |

Hizmetten yararlanacak olan 18 yaşından küçük bekar çocuklar - Enfants bénéficiaires de moins de 18 ans

| Adı Prénom | Doğum tarihi Date de naissance | Doğum yeri Lieu de naissance | Uyruğu Nationalité | Oğlu Fils | Kızı Fille |
|---------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | <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"/> |

Aile üyeliği - Adhérent familiale

Birey üyeliği - Adhérent individuel

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la 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'établissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Numéro national d'émetteur

582091

| | | | |
|--------------------------------------|---------|--------------|-----|
| NOM, PRÉNOMS, ET ADRESSE DU DÉBITEUR | | | |
| IBAN | | | |
| BIC | | | |
| COMPTE À DÉBITER | | | |
| Banque | Guichet | N° de compte | Clé |
| DATE ET SIGNATURE | | | |

| | |
|--|--|
| NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER | |
| CAISSE D'ENTRAIDE SOCIALE DE FUAF | |
| 91 RUE BROCA | |
| 75013 PARIS | |
| NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABT TENEUR DU CPTÉ À DÉBITER | |

| | |
|--|--|
| Joindre un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou (R.I.P.) | |
| Siz hakk à yürü-düğünüzde, nerde toprağın sinesine verilmek istenirsiniz : <input type="checkbox"/> Fransa <input type="checkbox"/> Türkiye <input type="checkbox"/> Aile fertleri karar verir | |
| Lors de votre décès ou souhaiteriez vous être inhumé : <input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Turquie <input type="checkbox"/> Décision soumise à la famille | |

FUAF Cenaze Fonu Sosyal Dayanışma Kurumu Başkanlığına :

Müracaat Formu'nun arka sayfasında yer alan tüzüğün ana hatlarını, bağış, yıllık ödeme ve cenaze nakil yardımlaşma, dayanışma şartnamesini okudum. FUAF cenaze fonu sosyal dayanışma kurumu'nun aidat yönetmeliğinin, yardımlaşma, dayanışma şartnamesini ve üyelik şartlarını kabul ediyorum. Üyelik haklarından belirtilen esaslarda istifade edebilmem için giriş başışını ve yıllık ödemenin FUAF cenaze fonu sosyal dayanışma kurumu'nun, yukarıda belirttiğim hesaptan çekmesini kabul ediyorum. Ben ve benimle birlikte fonan yararlanacak olan tüm aile fertlerinin bilgilerin forma doğru olarak yazıldığını tahhüt ediyorum. Verilen yanlış bilgiden ve bildirilmeyen hastalıklardan dolayı doğabilecek herhangi bir aksaklığın, yanlışlığın sorumluluğunu kesin olarak kabul ediyorum.

A la Présidence de la Caisse d'Entraide Sociale de la FUAF :

J'ai pris connaissance et j'accepte les objectifs principaux, les conditions d'adhésion, de règlement et les engagements de la Caisse d'Entraide sociale de la FUAF figurant dans les conditions générales de la caisse de prévoyance inscrit au dos de ce formulaire. Pour pouvoir bénéficier de mes droits d'adhérent j'autorise la Caisse d'entraide sociale de la FUAF à prélever le montant de mon inscription et de mes cotisations annuelles sur mon numéro de compte qui figure ci-dessus. Je déclare sur l'honneur avoir fournis toutes les informations sur les membres de ma famille et sur moi-même. J'accepte toutes responsabilités pour tous problèmes occasionnés suite à une fausse déclaration.

| | | | |
|--------------|----------------|---|---|
| Yer - Lieu : | Tarih - Date : | Müracaat edenin imzası - Signature du demandeur : | Eşinin imzası - Signature du conjoint : |
| | | | |