A nous renvoyer par email
akka.cfdt@gmail.com

BULLETIN D'ADHÉSION À LA CFDT

COMMUNICATION
CONSEIL CULTURE

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

POUR VOUS CONTACTER

Adresse personnelle : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone (personnel) : .....

Portable : .....

Email (personnel) : .....

Entreprise : .....

Établissement : .....

Code APE/NAF : .....

Activité ou convention collective : .....

Adresse : .....

Téléphone (professionnel) : .....

Fax (professionnel) : .....

Email (personnel) : .....

Privé
☐ Employé / Ouvrier
☐ Technicien / Agent de maîtrise
☐ Cadre

Public
☐ Grade / Groupe
☐ Fonction
☐ Cadre
☐ Non cadre

Métier : .....

J'adhère au syndicat Communication, Conseil, Culture CFDT.

Ma cotisation sera calculée sur la base de 0,75% du dernier salaire annuel net imposable.
À ce titre, je bénéficie des services réservés aux adhérents CFDT.

Salaire annuel net imposable .....€ (ou) salaire mensuel net .....€

Cotisation mensuelle

Les informations nominatives ci-dessous ont pour objet de permettre à la CFDT d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent être communiquées à l'extérieur de la CFDT pour des raisons commerciales ou publicitaires.

Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

☐ Je souscris au paiement automatisé des cotisations.

Date : ..... **Signature** :

Adhésion faites par : .....

Motif de l'adhésion : .....

.....

Souhaites-tu participer à une rencontre pour mieux connaître la CFDT ? ☐ oui ☐ non

---

COMMUNICATION
CONSEIL CULTURE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

N° ICS

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra 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.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Numéro de Compte Bancaire International (**IBAN**) :

BIC (Bank Identification Code) :

.....

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

Date : ..... **Signature** :