



7/9 rue Euryale Dehaynin - 75019 Paris
Tél : 01.42.03.88.17 Fax 01.42.03.88.06
E-mail : sfp-cfdt@aol.com
Site internet : www.sfp-cfdt.com

Adhésion recueillie par : _____

Qualification : _____

NOM M. ou Mme _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

CP / VILLE _____

DATE DE NAISSANCE _____

TEL _____ PORT _____

E-MAIL _____

ENTREPRISE _____

N° de Siret (14 chiffres) _____

ADRESSE _____

CP/VILLE _____

Tél _____ Fax _____

Les informations nominatives ci-dessus 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 opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Statut : Ouvrier -Employé-e Agent de maîtrise Cadre

Temps de travail : Temps complet Temps partiel

Cotisation : Son montant est égal à 0.75% du salaire net

Salaire net : €

Montant de la cotisation (salaire net X 0.75%) : €/mois

Mode de paiement des cotisations

O Par prélèvement automatique. Remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous.

Date de prélèvement souhaitée :

Le 5 du mois

Le 10 du mois

Le 25 du mois

L'adhésion prend effet le mois du premier prélèvement. Si vous souhaitez qu'elle soit effective à la date de signature de ce bulletin, il suffit de faire un chèque d'un montant correspondant à la période intermédiaire entre la date d'adhésion souhaitée et la date du premier prélèvement.

O Par chèques ou espèces. (seulement en cas de problème avec votre banque)

Pour ces modes de paiement; l'échéance est annuelle. Merci de joindre votre règlement correspondant au montant de 12 mois de cotisations.

Règlement : Chèque / Espèces (rayer la mention inutile)

Montant : _____ € Pour les mois de : _____

Date :

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Le mandat de prélèvement SEPA est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; vous autorisez 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 et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom / Prénom du débiteur : _____

Adresse (n° et nom de la rue, code postal et Ville) : _____

N° IBAN : _____ N° BIC : _____

Créancier : CFDT PROPRIÉTÉ - 7/9 rue Euryale Dehaynin - 75009 Paris / ICS : FR88ZZZ254894 / Type de paiement : récurrent / répétitif

Fait à _____ le _____ 201__

Signature de l'adhérent