



BULLETIN D'ADHÉSION

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

Face A

salarié(e) ou agent

Je soussigné(e),

M. Mme

Nom

Prénom

adhère à la CFDT

(Nom de naissance)

Date de naissance



Coordonnées personnelles

(Appartement, chez...)

(Bâtiment, entrée...)

N° et voie

(Lieu-dit...)

Code postal

Ville

Téléphone domicile

Téléphone mobile

Mél personnel

@

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

(telles que mentionnées sur le bulletin de salaire)

Adresse professionnelle

(telle que mentionnée sur le bulletin de salaire)

(Bâtiment, entrée...)

N° et voie

(Lieu-dit...)

Code postal

Ville (cedex)

Pour le calcul de la cotisation

(l'adhésion ne sera effective qu'à la date de règlement de la première cotisation) :

Salaire annuel net imposable

€

La cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d'impôt de 66 %.

Date de signature

____/____/____

Signature
de l'adhérent

Les informations nominatives ont pour objet de permettre à la CFDT d'informer et de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent pas être communiquées à l'extérieur de la CFDT. Chaque adhérent possède un droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.



Informations professionnelles

Catégorie professionnelle en secteur privé

Cadre Agent de maîtrise Employé
 Ouvrier Apprenti

Catégorie dans la fonction publique ou assimilée

A B C

Calcul de la cotisation mensuelle minimale

Salaire annuel net imposable / 12 X % = €

Montant de la cotisation mensuelle €

Bulletin recueilli par le/la militant(e) ou élu(e)

Nom

Prénom

Adresser ce bulletin d'adhésion à :
CFDT S3C Loire-Atlantique Vendée

9 Place Gare de l'Etat - CP 9
44276 Nantes Cedex 2
Tél 02 51 83 29 45



COMMUNICATION
CONSEIL CULTURE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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.

N° ICS

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Numéro de Compte Bancaire International (IBAN):

BIC (Bank Identification Code):

.....

Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

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

Date : **Signature :**