

COORDONNÉES DU FUTUR ADHÉRENT**INFORMATIONS PROFESSIONNELLES**

Madame Monsieur
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse personnelle :

 Code postal : Ville :
 Téléphone (personnel) :
 Portable :
 Email (personnel) :

Établissement :
 Nom de l'entreprise :
 Lieu de travail :
 Code APE/NAF :
 Activité ou convention collective :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone (professionnel) :
 Email (professionnel) :
 Métier / Fonction :

BULLETIN À RENVOYER AU SYNDICAT :

CFDT - S3C

8, rue Théodore Gardère
 CS. 91372 - 33080 BORDEAUX
 Tél. : 05.57.81.11.24
 s3c@cfdtgironde.fr

Privé

Employé / Ouvrier
 Technicien / Agent de maîtrise
 Cadre

Public

Cadre
 Non cadre
 Grade / Groupe :

Fédération 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.

J'ADHÈRE AU SYNDICAT :

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.

Adhésion faite par :

Date : **Signature :**

Motif de l'adhésion :

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

**MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débi- ter votre compte, et votre banque à débi- ter 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 & ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM & ADRESSE DU SYNDICAT CFDT 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 :**