



BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné : M. Mme Mlle

Nom : Prénom : Adhère à la CFDT.

Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Portable :

E-Mail :

Entreprise : Commune :

Adresse :

Téléphone : Fax : E-Mail :

Matricule : Temps de travail :%

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la CfdT d'organiser l'action, d'informer et 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 un droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Date :/...../.....

Signature de l'Adhérent(e)

Date d'adhésion :/...../.....

Cadre: Oui Non

Salaire annuel net imposable : €

Cotisation : €/ mois

Prélèvement tous les Mois. (1, 2, 3, 6, ou 12 mois)

Montant de chaque prélèvement :€

Rappel: La cotisation se règle à priori. Elle est égale à 0,75% du salaire annuel net imposable divisé par 12.

Section : Public Privé

Branche : Liaison :

Groupe : Sous Groupe :

Code géo : UD : URI : Collecteur :

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec l'organisme créancier.

**N° NATIONAL EMETTEUR
254894**

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

M, Mme Mlle (Nom, Prénom)

Adresse

Code postal Ville

ORGANISME CREANCIER

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

COORDONNEES BANCAIRE

Etablissement Guichet N° de Compte Clé RIB

Date :/...../.....

Signature de l'Adhérent(e)

**Ce formulaire doit être impérativement accompagné
d'un R.I.B. ou R.I.P.**