

COORDONNÉES DU FUTUR ADHÉRENT

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

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

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

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 COMMUNICATION, CONSEIL, CULTURE ALSACE
 305 avenue de Colmar - BP 70955
 67029 STRASBOURG CEDEX 1

Privé	Employé / Ouvrier	Public	Cadre
	Technicien / Agent de maîtrise		Non cadre
	Cadre		Grade / Groupe :

Fédération Communication, Conseil, Culture CFDT.

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

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

Cotisation mensuelle

J'ADHÈRE AU SYNDICAT:

CFDT COMMUNICATION,
 CONSEIL, CULTURE ALSACE
 305 avenue de Colmar - BP 70955
 67029 STRASBOURG CEDEX 1

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:

Motif de l'adhésion:

Date: Signature

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



MANDAT DE PRELEVEMENT 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 suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit 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.

COMMUNICATION
CONSEIL CULTURE

NOM, PRENOM & ADRESSE DU DEBITEUR

NOM & ADRESSE DU CREANCIER

SYNDICAT CFDT COMMUNICATION, CONSEIL, CULTURE ALSACE

305 avenue de Colmar - B.P. 70955 - 67029 STRASBOURG CEDEX 1

Tél. 03 88 79 88 14 – Fax 03 88 79 88 26 – Email : s3c@alsace.cfdt.fr

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

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

(DOMICILIATION BANCAIRE)

A :, le

Signature :

Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.