

**SYNDICAT CFDT DES  
BANQUES ET ASSURANCES**

Ce bulletin peut être remis à un Délégué CFDT

**Je soussigné** (Nom, Prénom)  M.  Mme  Mlle

**adhère à la CFDT**

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entreprise \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Temps de travail \_\_\_\_\_ % Secteur Privé

Lieu de travail \_\_\_\_\_

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.

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Signature de l'adhérent**

**Partie à remplir par le collecteur**

Date d'adhésion \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cadre  Oui  Non Code APE \_\_\_\_\_

Section \_\_\_\_\_

Groupe \_\_\_\_\_

Branche Caisses d'Épargne

Sous-Groupe \_\_\_\_\_

Salaire annuel net imposable \_\_\_\_\_

Code géo \_\_\_\_\_

Cotisation \_\_\_\_\_ Complément cotis. \_\_\_\_\_

La cotisation est calculée sur la base de **0.75 %** du salaire annuel net divisé par 12. (montant du dernier salaire annuel net imposable)

P.A.C.  Oui  Non Prélèvement effectué tous les \_\_\_\_ mois Montant prélevé. \_\_\_\_\_

Date 1er prélèvement \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ URI \_\_\_\_\_ UD \_\_\_\_\_

**A conserver au syndicat**

**A remettre à la banque de l'adhérent**

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT** J'autorise l'Etablissement 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'Etablissement teneur de mon compte Je réglerai le différend avec l'organisme créancier.

**N° NATIONAL EMETTEUR**

**254894**

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE			
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle			
Nom, Prénom _____			
Adresse _____			
Code postal _____		Ville _____	

ORGANISME CREANCIER
<b>CFDT</b>

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER			
Etabliss <sup>t</sup>	Guichet	N° de Compte	Clé RIB
_____	_____	_____	_____

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER	
Nom _____	
Adresse _____	
Code postal _____	Ville _____

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Signature de l'adhérent**