

Je soussigné(e),
 M. Mme Mlle

Prénom _____ adhère à la CFDT

Adresse personnelle _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Mobile _____

Email personnel _____

Date de naissance ____/____/____

Entreprise ou établissement _____

Nb. de salariés < 10 < 50 50 à 200 > 200

Adresse professionnelle _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Fax _____

Email professionnel _____

Temps de travail temps complet temps partiel _____ %

Secteur privé
 Code APE, NAF ou NACE _____

Secteur public
 Structure payante ou organisme payeur _____

Salaire annuel net imposable _____ €

Montant de la cotisation mensuelle* _____ €

Date de la première cotisation ____/____/____

*Voir mode de calcul sur le volet central

Les informations nominatives ont pour objet de permettre à la CFDT 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 _____

Bulletin recueilli par le/la militant(e) _____

Date d'adhésion ____/____/____

Profession _____

Secteur privé : Cadre Agent de maîtrise Employé Ouvrier

Fonction publique ou assimilés _____

Catégorie A Catégorie B Catégorie C

Section syndicale _____

Branche _____

Groupe _____

Sous-groupe _____

Code géographique _____

URI _____ FD _____ UD _____

Montant minimal de la cotisation annuelle :

Salaire annuel net imposable _____
 12 _____

Prélèvement effectué tous les _____ x 0,75 % = _____ mois _____ €

Montant de chaque prélèvement _____ €

Date du premier prélèvement ____/____/____

Tampon du syndicat



**29 RUE DE LA CRETE
 BP 37 - CRAN GEVRIER
 74 962 ANNECY CEDEX**
 Tél. : 04 50 87 91 68
 Fax : 04 50 87 87 18
 E-mail : syndicat.74@sante-sociaux.cfdt.fr
 Site web : www.sante-sociaux.fr/cfdt74/

Partie à conserver par le syndicat.

À remettre à la banque de l'adhérent.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT - Joindre obligatoirement un RIB ou un RIP

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 ÉMETTEUR
254 894

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE

M. Mme Mlle (nom, prénoms) _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Établissement _____ N° de compte _____ Clé RIB _____

ORGANISME CRÉANCIER
SYNDICAT CFDT

Apposer le cachet ou écrire les coordonnées exactes du syndicat

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

Nom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Date ____/____/____ Signature de l'adhérent _____