



NOM M. ou Mme _____
 PRENOM _____
 ADRESSE _____

 CP / VILLE _____
 DATE DE NAISSANCE _____
 TEL _____
 E-MAIL _____

SECTEUR PROFESSIONNEL :

<input type="checkbox"/>	HÔTELS	<input type="checkbox"/>	REST. COLLECTIVE
<input type="checkbox"/>	REST. PUBLIQUE	<input type="checkbox"/>	TOURISME
<input type="checkbox"/>	REST. RAPIDE		

ENTREPRISE : _____
 N° de Siret (14 chiffres) : _____
 ADRESSE _____
 CP / VILLE _____

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.

Adhésion recueillie par : _____

Motivation d'adhésion : _____

Profession : _____

Statut : Employé-e Agent de maîtrise CadreTemps de travail : Temps complet Temps partiel

Cotisation : Son montant est égal à 0.75% du salaire net

Salaire net : €

Montant de la cotisation (salaire net X 0.75%) : € / mois

Mode de paiement des cotisations :

Par prélèvement automatique. Remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous.

Date de prélèvement souhaitée :

- Le 5 du mois
 Le 10 du mois
 Le 25 du mois

L'adhésion prend effet le mois du premier prélèvement. Si vous souhaitez qu'elle soit effective à la date de signature de ce bulletin, il suffit de faire un chèque d'un montant correspondant à la période intermédiaire entre la date d'adhésion souhaitée et la date du premier prélèvement.

 Par chèques ou espèces.

Pour ces modes de paiement; l'échéance est semestrielle. Merci de joindre votre règlement correspondant au montant de six mois de cotisations.

Règlement : Chèque / Espèces (rayer la mention inutile)

Montant : _____ €

Pour les mois de : _____

DATE :

SIGNATURE :

BA_ISO_1213

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Le mandat de prélèvement SEPA est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; vous autorisez votre banque à débiter 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 et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom / Prénom du débiteur : _____

Adresse (n° et nom de la rue, code postal et Ville) : _____

Créancier : CFDT HTR - 7/9 rue Euryale Dehaynin - 75019 Paris / ICS : FR88ZZZ254894 / Type de paiement : récurrent / répétitif

N° IBAN : _____ N° BIC : _____

X

Fait à _____ le _____ 201__

Signature de l'adhérent :

RUM (Référence Unique du Mandat) : _____ (à remplir par le syndicat)

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire