

Je soussigné(e)

M. Mme Mlle

Prénom adhère à la CFDT

Adresse personnelle

Code postal Ville

Téléphone

E-mail personnel

Date de naissance / /

Entreprise ou établissement

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

Adresse prof.

Code postal Ville

Téléphone Fax

E-mail prof.

Temps de travail Temps complet Temps partiel %

Code APE ou NAF

Salaire annuel net imposable

Montant de la cotisation mensuelle*

* Voir mode de calcul sur le volet central

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

Partie à remplir avec le syndicat

À conserver par le syndicat

Date d'adhésion / /

Profession

Cadre Agent de maîtrise Employé Ouvrier

Fonction publique Catégorie

Section

Branche

Groupe

Sous-groupe

Code géo.

Secteur Public Privé

Montant minimal de la cotisation mensuelle:

Salaire annuel net imposable
12 x 0,75 % =

Prélèvement effectué tous les mois

Montant de chaque prélèvement

Date 1^{er} prélèvement / /

URI UD

TAMPON DU 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 différé avec l'organisme créancier.

N° NATIONAL ÉMETTEUR
254 894

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE
M. Mme Mlle (nom, prénoms)
Adresse
Code postal Ville

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

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER
Établissement Guichet N° de compte Clé RIB

Date / / Signature de l'adhérent