

A REMPLIR PAR LE FUTUR ADHERENT

Je soussigné(e)		Coordonnées personnelles	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		Adresse	
Nom		<small>N° et voie (Chez..., App', Bât., Lieu-dit)</small>	
Prénom		Code Postal	
<small>(Nom de naissance)</small>		Ville	
Date de naissance		Téléphone	
 adhère à la CFDT.		Portable	
		Mèl perso	

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Employeur	
Type de structure	<input type="checkbox"/> ML/PAIO <input type="checkbox"/> MDE <input type="checkbox"/> PLIE <input type="checkbox"/> ACI <input type="checkbox"/> Autre :
Convention collective	<input type="checkbox"/> ML/PAIO/MDE/PLIE <input type="checkbox"/> ACI <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Pas de convention collective appliquée
Adresse professionnelle <small>(telle que mentionnée sur le bulletin de salaire)</small>	N° SIRET <small>(14 chiffres)</small>
<small>N° et voie (Bât., Lieu-dit)</small>	Nombre salariés <input type="checkbox"/> <10 <input type="checkbox"/> <50 <input type="checkbox"/> >50
Code Postal	Mèl <small>(professionnel)</small>
Ville <small>(cedex)</small>	Téléphone
Région	Fax
Secteur <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé	

Emploi repère <small>(si CCN ML/PAIO/PLIE ou ACI)</small>	Cadre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Temps de travail	%	Type de contrat <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI
Salaire annuel net imposable <small>(information nécessaire pour calculer le montant de la cotisation)</small>	La cotisation est calculée sur la base de 0,75 % du salaire annuel net divisé par 12 (montant du dernier salaire annuel net imposable). Les prélèvements sont effectués tous les 2 mois (mois impairs).	

Je suis élu(e) dans ma structure	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> DUP <input type="checkbox"/> CHSCT	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Suppléant
Dates des prochaines élections du personnel dans ma structure		
Je souhaite être mis(e) en contact avec un(e) délégué(e) régional(e) du Synami	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (<input type="checkbox"/> Rapidement)	
Je souhaiterais avoir des informations / un soutien plus précisément pour...		

Date

Signature de l'adhérent

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.

N'oubliez pas le mandat de prélèvement au verso A REMPLIR ET A SIGNER PAR LE FUTUR ADHERENT

Bulletin d'adhésion et mandat SEPA à renvoyer prioritairement par mail à synami.tresoriers@pste.cfdt.fr (ou par courrier au siège du Synami)

MERCI DE JOINDRE UN RIB



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

Référence unique du mandat
(RUM) délivré par le syndicat :

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

A/ la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ;

B/ 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.
- 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 _____ Ville _____

Pays _____

Coordonnées du compte N° IBAN
Identification internationale du compte bancaire

N° BIC
Code international d'identification de votre banque

Nom du syndicat CFDT créancier

SYNAMI CFDT

ICS (identifiant créancier SEPA)

Adresse
N° et nom de la rue

2/8 Rue Gaston Rebuffat

Code postal 75019 Ville PARIS

Pays FRANCE

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Signé à (lieu et date JJ/MM/AAAA)

____/____/____

Signature
du nouvel adhérent

Veuillez signer ici

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif de la CFDT
