

## COORDONNÉES DU FUTUR ADHÉRENT

Madame  Monsieur  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse personnelle : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone (personnel) : .....  
Portable : .....  
Email (personnel) : .....

**BULLETIN À RENVoyer :**  
**CFDT - Fédération Communication Conseil Culture**  
47-49 avenue Simon Bolivar 75950 PARIS Cedex 19

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Établissement : .....  
Nom de l'entreprise : .....  
Lieu de travail : .....  
Code APE/NAF : .....  
Activité ou convention collective : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone (professionnel) : .....  
Email (professionnel) : .....  
Métier / Fonction : .....

**Privé**  Employé / Ouvrier  
 Technicien / Agent de maîtrise  
 Cadre

**Public**  Cadre  
 Non cadre  
Grade / Groupe : .....

## J'adhère au syndicat Communication, Conseil, Culture CFDT.

Ma cotisation sera calculée sur la base de 0,75% du dernier salaire annuel net imposable.  
À ce titre, je bénéficie des services réservés aux adhérents CFDT.

Salaire annuel net imposable .....€ (ou) salaire mensuel net .....€

Cotisation mensuelle | | | | |

Les informations nominatives ci-dessous 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 raisons commerciales ou publicitaires.

Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Je souscris au paiement automatisé des cotisations.

Adhésion faite par : .....

Date : ..... Signature : .....

Motif de l'adhésion : .....

Souhaitez-tu participer à une rencontre pour mieux connaître la CFDT ?  oui  non



## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et 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.

N° ICS

NOM, PRÉNOM & ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM & ADRESSE DU SYNDICAT CFDT CRÉANCIER

Numéro de Compte Bancaire International (IBAN) :  
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC (Bank Identification Code) :  
.....

Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

Date : ..... Signature : .....

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