



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

Référence unique du mandat (SUM) délivré par le syndicat : _____

Recto

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 _____

ICS (identifiant créancier SEPA) _____

Adresse N° et nom de la rue _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.



BULLETTIN D'ADHÉSION

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT
salarie(e) ou agent

Face A



Coordonnées personnelles

(Appartement, chez...) _____

(Bâtiment, entrée...) _____

N° et voie (Lieu-dit...) _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____

Téléphone mobile _____

Mél personnel _____ @ _____

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

(celles que mentionnées sur le bulletin de salaire)

Adresse professionnelle
(telle que mentionnée sur le bulletin de salaire)

(Bâtiment, entrée...) _____

N° et voie (Lieu-dit...) _____

Code postal _____ Ville (cece) _____

Pour le calcul de la cotisation
(l'adhésion ne sera effective qu'à la date de règlement de la première cotisation) :

Salaires annuels net imposable _____ €

La cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d'impôt de 66 %.

Date de signature _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent _____

Les informations mentionnées ont pour objet de permettre à la Cfdt d'identifier et de contacter l'adhérent. Cette information ne peut pas être communiquée à l'extérieur de la Cfdt. Chaque adhérent possède un droit de accès de contestation et de rectification des données le concernant.

Je soussigné(e),
 M. Mme

Nom _____

Prénom _____ adhérent à la Cfdt

(Nom de naissance) _____

Date de naissance _____



N° SIRET de l'employeur
(composé 14 chiffres) _____

Code PNE
(ets. scolaires : 7 chiffres + 1 lettre) _____

Nom de l'établissement _____

Profession / Métier _____

(Matricule chez l'employeur) _____

Type de contrat (si applicable) CDI CDD Intérimaire Demandeur d'emploi

Situation Stagiaire Complet Partiel à %

Temps de travail _____

Téléphone professionnel _____

Téléphone mobile pro. _____

Mél professionnel _____ @ _____

Nb. de salariés ou d'agents de l'ets _____

Salarié de droit privé Code NACE/NAF de l'entreprise : _____ (4 chiffres suivis d'une lettre)

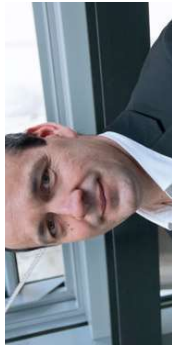
Salarié de droit public Type de fonction publique : Territoriale Hospitalière

Statut de l'agent Titulaire Contractuel Vacataire

Toutes les informations qui vous sont demandées sont nécessaires à la Cfdt pour qu'elle puisse vous apporter le meilleur service.

BIENVENUE !

SENGER POUR CHACUN
AGR POUR TOUS



En nous rejoignant, vous faites le choix d'un syndicalisme responsable, efficace, démocratique et ambitieux, dans lequel vous avez toute votre place en tant qu'acteur de votre propre destin.

Quelle que soit votre situation professionnelle, vous avez la garantie d'être toujours respecté, écouté, défendu car légitimement représenté !

Chaque jour, la Cfdt agit pour faire reconnaître vos droits et en conquérir de nouveaux pour mieux répondre à vos attentes.

Votre adhésion à la Cfdt, c'est l'assurance d'être accompagné tout au long de votre vie professionnelle.



Laurent Berger
Secrétaire général de la Cfdt

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DÉMOCRATIQUE DU TRAVAIL
4, BOULEVARD DE LA VILLETTE
93000 NOUVELLES-ÉTOILES
TEL : 01 42 03 80 00
FAX : 01 42 03 81 44

CFDT.FR

Type de paiement  Paiement récurrent / réutilité
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

Nos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.



Section syndicale
(collectif constitué)
Implantation syndicale
(absence de collectif)
 Statut Cadre Non cadre
(déclaration obligatoire)
 Motivation de l'adhésion

Face B

PARTIE À REMPLIR PAR LE SYNDICAT CFDT
élu(e) CFDT ou militant(e) CFDT



SENGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS



Informations professionnelles
 Cadre Agent de maîtrise Employé
 Ouvrier Apprenti
 Catégorie A B C
publique ou assimilée
 Corps dans la fonction publique ou assimilée
Service+
 Tous les mois 2 mois 3 mois
 Jour du prélèvement le 5 du mois le 10 du mois le 25 du mois
Pacsy
 Tous les mois 2 mois 3 mois 4 mois 6 mois 12 mois
 Jour du prélèvement le ____ du mois
 Montant de chaque prélèvement €
 Date du premier prélèvement
 Pour les syndicats en Service+ vérifier que l'adhésion a bien choisi le jour du prélèvement mensuel.
 Code IDCC (identifiant de la convention collective en 4 chiffres)
 Branche professionnelle
 Groupe

Calcul de la cotisation mensuelle minimale
 Salaire annuel net imposable / 12 X % = €
 Montant de la cotisation mensuelle €
Bulletin recueilli par le/la militant(e) ou élu(e)
 Nom _____
 Prénom _____
 NPA _____
Coordonnées ou tampon du syndicat

Toutes les informations qui vous sont demandées sont nécessaires à la CFDT pour qu'elle puisse vous apporter le meilleur service.