



## Bulletin d'adhésion à la CGT

### LE SALARIE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ou \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### L'ENTREPRISE OU L'ÉTABLISSEMENT

Dénomination : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession : \_\_\_\_\_

Salarié du secteur privé		Salarié du secteur public	
Type de contrat	CDD <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> (préciser) _____	Statut	Tit./stag. <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> (préciser) _____
Cat. professionnelle	Ouvrier <input type="radio"/> - Employé <input type="radio"/> - Cadre <input type="radio"/>	Cat. professionnelle	A <input type="radio"/> - B <input type="radio"/> - C <input type="radio"/>
CCN	_____		

### COTISATION

Ma cotisation mensuelle sera égale à 1 % du montant net de mon salaire soit \_\_\_\_\_, 00 €  
Je souhaite régler mes cotisations par chèque  - par prélèvement mensuel  - par prélèvement bimestriel   
Concernant les prélèvements, ceux-ci se font le 5 du mois. Merci de joindre un relevé d'identité bancaire

Date : le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature

#### Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez L'UNION SYNDICALE DEPARTEMENTALE CGT SERVICE SANTE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'UNION SYNDICALE DEPARTEMENTALE CGT SERVICE SANTE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique de mandat : \_\_\_\_\_ ICS (Identifiant créancier SEPA) : FR37ZZZ670584

#### DEBITEUR

Vos nom et prénom \_\_\_\_\_  
Votre adresse \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_

#### CREANCIER

Nom **UNION SYNDICALE DEPARTEMENTALE CGT SERVICE SANTE**  
Adresse **1, rue Ledru Rollin**  
Code postal **84000** Ville **AVIGNON**  
Pays **FRANCE**

IBAN : \_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

Paiement : Récurrent/Répétitif  Ponctuel

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**VEUILLEZ COMPLETER TOUS LES CHAMPS DU MANDAT**