



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