CREDIT COOPERATIF

Siège Social : 33, rue des Trois Fontanot
BP 211 – 92002 NANTERRE cedex
RCS Nanterre B 349 974 931

SYNDICAT **CGT ANSAMBLE**

DEMANDE DE PRELEVEMENT DE COTISATION SYNDICALE

Par la présente, je demande au Syndicat (ou Section Syndicale) désigné ci-dessus, et sauf instructions contraires de ma part lui parvenant en temps utile, de faire prélever en sa faveur les sommes que je lui devrai au titre du paiement de mes cotisations. En cas de non-exécution, j'en serai avisé par ses soins

A _____, le _____

L'Adhérent :

ADHÉRENT — NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DU PREMIER PRELEVEMENT — JJ MM AA _____

PRELEVEMENT EFFECTUE TOUS LES 3 – 6 –12 MOIS (1)
(le même jour que le premier)
(Pour les retraités, tous les 3 ou 6 mois exclusivement)

MONTANT DE CHAQUE PRÉLÈVEMENT (2) 30,00 €

MONTANT DU TIMBRE MENSUEL (2) 10,00 €

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT ❶

(1) Cercler la périodicité retenue

(2) Ces montants pourront être réajustés annuellement en fonction des décisions prises démocratiquement au sein de mon Syndicat concernant l'évolution générale des salaires et le taux de cotisation syndicale.

(3) Les informations contenues dans ce document ne seront utilisées que pour les seules nécessités de gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 01-04 -80 de la Commission informatique et liberté.

SECTION SYNDICALE _____ A LAQUELLE EST RATTACHE L'ADHERENT

N° DE COMPTE CREDIT COOPERATIF DU SYNDICAT

0 0 0 5 7 4 1 0 2 0 0 0 6 7 0 3

GUICHET N° DE COMPTE

PARTIE À REMPLIR PAR LE SYNDICAT ❷

GROUPE BANQUE POPULAIRE

EXEMPLAIRE A ENVOYER A LA BANQUE DE L'ADHERENT – N'OUBLIEZ PAR LE RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE DE L'ADHERENT.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le recouvreur désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
495 231

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

_____

_____

_____

NOM ET ADRESSE DU RECOUVREUR

CGT ANSAMBLE
1 rue Jean Moulin
56440 Languidic

COMPTE A DEBITER

CODES Établisst. Guichet N° du compte Clé R.I.B.

_____

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER (*JOINDRE UN RIB*)

Joindre RIB signé

DATE : **SIGNATURE DU DEBITEUR**