



BULLETIN D'ADHESION

Nom : **Prénom** :

BP/Scé : **Classification** : AA TAU RM

MAIL :@

Adhère à la section syndicale FORCE OUVRIERE du CAM d'I et V

J' autorise la section FO du CAM 35 à prélever le montant de mes cotisations (*) sur mon compte (joindre un RIB)

Date :

Signature :

Bulletin à retourner à vos Délégués Syndicaux FO :
Local syndical FO boîte courrier 62

(*) Montant de la cotisation Trimestrielle :

- **Employé(e) :** 29 Euros
- **TAU :** 32 Euros
- **RM :** 37 Euros