

Ministère de l'Emploi, Inspection du Travail des Transports, Inspection du Travail de l'Agriculture, ANACT

Bulletin d'adhésion

Je soussigné(e) M. Mme Mlle _____ adhère à la CFDT.

Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Adresse personnelle _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Téléphone personnel et (ou) Portable _____

Adresse professionnelle _____

Téléphone _____

E-mail _____

Poste occupé _____

Catégorie -----

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la CFDT d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent être communiquées à l'extérieur de la CFDT pour des opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Partie à remplir avec le collecteur ou le trésorier

Salaire annuel net imposable (primes comprises) _____ €

Montant de la Cotisation _____ €

La cotisation est calculée sur la base de 0.75 % du salaire annuel net divisé par 12 (montant du dernier salaire annuel net imposable).

P.A.C. Oui Non Prélèvement à effectuer tous les 1 2 ou 3 mois

Date d'adhésion ____ / ____ / ____

Pass Formation

Afin de mieux connaître la CFDT, ses valeurs, son histoire, ses structures, je souhaite utiliser mon droit à la formation syndicale et bénéficier de la Formation Accueil, sur une journée en fonction de mes possibilités.

Oui Non



A remettre par le syndicat à la Banque de l'adhérent

AUTORISATION DE PRELEVEMENT J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci-dessous. 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 réglerais le différend avec l'organisme créancier.

N°EMETTEUR

254894

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE

M. Mme Mlle

Nom, Prénoms _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

ORGANISME CREANCIER

**SYNDICAT NATIONAL CFDT TRAVAIL
EMPLOI FORMATION (SYNTEF)**

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Date ____ / ____ / ____ Signature _____

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal