PRENOM : ____
NOM : ____
DATE DE NAISSANCE : ____/___/______
ADRESSE : _______________________________________
____
CODE POSTAL : ____ VILLE : ________________________
TELEPHONE : _______________
MAIL : ___________________@____________________
LIEU DE TRAVAIL : _________________________________
SERVICE : ____
FONCTION : ______________________________________

Je déclare vouloir adhérer au syndicat CGT

Je fixe ma cotisation syndicale à ____€/mois en application du barème de 1% de mon salaire.
Date souhaitée et périodicité de prélèvement (mensuel / trimestriel / Annuel) :

Rappel : les cotisations acquittées par le salarié aux organisations syndicales ouvrent droit à un crédit d'impôt de 66%.

A ________________, le ____/___/______

Signature :

Conformément à la loi « informatique et libertés – du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernant. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vus adressant au syndicat.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.

Merci de compléter le mandat de prélèvement ci-joint et joindre un RIB,

A renvoyer par mail à cgt.lamondiale@gmail.com ou à remettre en main propre à votre Représentant de Section Syndicale

Mandat de prélèvement SEPA **Paiement récurrent / répétitif**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RUM – Référence Unique de Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par voter banque selon 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.

Créancier	***Débiteur***
Nom : SYND NATIONAL CGT AG2R REUNICA	Nom :
Adresse : 0106 BOULEVARD HAUSSMANN	Adresse :
Code postal : 75008	Code postal :
Ville : PARIS	Ville :
ICS - Identifiant Créancier SEPA : FR54ZZZ633515	Coordonnées du compte à débiter - IBAN : FR|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|
	Code BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :

Fait à: ____________________

Le : ....