



☐ Mme / ☐ M. NOM : Prénom :

Naissance : __ / __ / __ à : Nom de naissance :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tel perso 1 : _____ Tel perso 2 : _____ Tel pro (direct) : _____

Mail perso (important) : **Mail pro** :

Nom et adresse de votre établissement :
(ou du dernier établissement si sans emploi)

Profession : **Nom de votre Délégué CFTC** :

Joindre une fiche de **N° de SIRET** : _____ **Code APE (ou NAF)** : _____
pave, ou renseigner les (14 chiffres) (4 chiffres + 1 lettre)
éléments suivants : **CONVENTION COLLECTIVE (IDCC)** :

Nombre de salariés : _____ **Secteur** : Privé ☐ Fonction Publique ☐ Mixte ☐

Catégorie : ☐ Ouvrier/Employé (ou fonction publique cat. C) ☐ Retraité (-50 %)
☐ Technicien/Agent de Maîtrise (ou fonction publique cat. B) ☐ Chômeur (-50 %)
☐ Cadre/Assimilé (ou fonction publique cat. A) ☐ Etudiant/Apprenti (-50 %)

OPTION : ☐ Pour 1€/mois, je souscris au service **ACL** → **www.avantages-culture-loisirs.fr**

-- A cocher et signer svp -- OBLIGATOIRE POUR VOTRE ADHESION --

☐ En cochant cette case, j'accepte que l'Union Départementale CFTC du Bas-Rhin, en tant que responsable de traitement, enregistre mes données personnelles dans la base de données des adhérents CFTC. Ces données, strictement nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes cotisations, seront sécurisées et ne seront pas divulguées en dehors de la CFTC (elles pourront toutefois être transmises à l'association ACL si je souscris à l'option). Je peux accéder à mes données, les rectifier, demander leur effacement ou exercer mon droit à la portabilité, en contactant le délégué à la protection des données, aux coordonnées figurant en bas de page.

→ Pour plus d'informations, rendez-vous sur cftc-67.fr/doc/VosDroits

Signature :
(manuscrite)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'UNION DEPARTEMENTALE CFTC DU BAS-RHIN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'UNION DEPARTEMENTALE CFTC DU BAS-RHIN.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée 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.



-- Joindre un RIB et signer svp -- OBLIGATOIRE POUR LE PRELEVEMENT DES COTISATIONS --

Référence unique du mandat :
(rempli par la CFTC)

Débiteur :

Nom/Prénom :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Pays :

IBAN : _____

BIC : _____

Identifiant créancier : FR50ZZ644936
SEPA :

Créancier :

Nom : Union Départementale CFTC du Bas-Rhin

Adresse : Espace Européen de l'Entreprise
19, rue de LA HAYE
CS70052 SCHILTIGHEIM

Code postal : 67014 Ville : STRASBOURG Cedex

Pays : France

Paiement : ☒ Récurrent/Répétitif

Le ____ / ____ / 20 ____ à

Signature :
(manuscrite)

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.