Union Départementale CFTC du Bas-Rhin

BULLETIN D'ADHESION

(A RENVOYER PAR COURRIER A L'ADRESSE INDIQUEE EN BAS DE PAGE)

Pour permettre un traitement rapide et optimal de votre demande d'adhésion, merci de bien vouloir renseigner un maximum d'informations.

OU ADHEREZ EN LIGNE SUR **CFTC-67.FR** !

❑ Mme / ❑ M. NOM : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Lieu : .....

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Ville : .....

Tel Perso : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Portable Perso : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Tel Pro : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

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 paye, ou renseigner les éléments suivants : N° de SIRET : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (14 chiffres) Code APE (ou NAF) : _ _ _ _ _ (4 chiffres + 1 lettre)

CONVENTION COLLECTIVE (IDCC) : .....

Secteur : Privé ❍ Fonction Publique ❍ Mixte ❍ Effectif de l'établissement : _ _ _ _ salariés

Catégorie : ❑ Ouvrier/Employé (ou fonction publique cat. C)
❑ Technicien/Agent de Maîtrise (ou fonction publique cat. B)
❑ Cadre/Assimilé (ou fonction publique cat. A)

- 50 % { ❑ Retraité ❑ Chômeur ❑ Etudiant/Apprenti
❑ Assistant(e) maternel(le) du particulier employeur (à votre domicile)
❑ Aide à domicile/Services à la personne (salarié(e) du particulier employeur)

OPTION :
❑ **Pour 1€/mois, je souscris au service ACL *(Avantages Culture et Loisirs)*.**
Site : www.avantages-culture-loisirs.fr

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

Signature : (manuscrite)

❑ 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

Le Mandat SEPA Single Euro Payments Area

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) _____ Identifiant créancier SEPA : FR50ZZZ644936

Débiteur :
Nom/Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Pays : _____

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

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Paiement : ☒ Récurrent/Répétitif

A : _____ Le : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Signature : (manuscrite)

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