



BULLETIN D'ADHESION

Pour permettre un traitement rapide et optimal de votre demande d'adhésion, merci de bien vouloir renseigner un maximum d'informations. **Celles-ci resteront strictement confidentielles.**

Mme / M. **NOM** : **Prénom** :

Nom de naissance : **Date de naissance** : ___ / ___ / ___ **Lieu** :

Adresse :

Code postal : ____ **Ville** :

Tel : _____ **Portable** : _____ **Mail** (important) :

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

Profession (facultatif) : **Mail Pro** :

Tel Pro Standard : _____ **Tel Pro Direct** : _____ **Fax Pro** : _____

Joindre une fiche de paie, ou renseigner les éléments suivants : **N° de SIRET** : _____
(14 chiffres)

Code APE (ou NAF) : _____
(4 chiffres + 1 lettre)

CONVENTION COLLECTIVE :

Secteur : Privé Public 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)
 Salarié(e) du particulier employeur (au domicile de l'employeur)

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

En cochant cette case, j'accepte que l'Union Départementale CFTC 54 enregistre mes données personnelles dans sa base de données des adhérents. J'ai le droit d'accéder à ces données pour rectification ou pour effacement, en en faisant la demande aux coordonnées figurant en bas de page. Ces données personnelles, strictement nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes cotisations, seront sécurisées et ne seront pas divulguées en dehors de la CFTC. Toutefois, si je coche l'option ACL ci-dessus, j'autorise la CFTC à les transmettre à cette association pour la gestion de mon adhésion.

Signature :
(manuscrite)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'UNION DEPARTEMENTALE CFTC 54 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 54. 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 (code INARIC rempli par la CFTC) : **Identifiant créancier SEPA** : FR58ZZZ415193

Débitteur :
 Votre Nom : **Créancier :**
 Nom : Union Départementale CFTC de Meurthe et Moselle
 Votre Adresse : Adresse : 17, Avenue de Metz
 Code postal : Ville : Code postal : 54320 Ville : MAXEVILLE
 Pays : Pays : France

IBAN : []
 BIC : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
A : **Le :** [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature :
(manuscrite)

Paiement : Récurrent/Répétitif

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