UNION DEPARTEMENTALE DES SYNDICATS C.F.T.C. DES VOSGES
4 rue Aristide Briand – BP 345 – 88009 EPINAL Cedex
Tél : 03 29 82 02 77 - mail : ud.cftc.88@orange.fr

BULLETIN D'ADHESION CFTC

ces informations resteront strictement confidentielles

Je soussigné(e) Mme, Melle, Mr :.....

Nom naissance : .....né(e) le __ __/__ __/__ __ __ __ à :.....

Demeurant :.....

CP + Ville :.....

N° Téléphone :.....Mail :.....

Fonction :.....

Entreprise + Adresse :.....

N° siret : .....

Convention Collective :.....

Code APE ou NAF : .....

Je prends connaissance que la cotisation annuelle (année civile) est de 120,00 €, payable par chèque ou par prélèvement de 10,00 €.

☐ Je règle par chèque N° :.....le :.....

☐ J'opte pour le prélèvement mensuel de 10,00 €.

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

A cocher et signer svp – obligatoire pour votre adhésion

☐ En cochant cette case, j'accepte que l'Union Départementale CFTC des Vosges 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 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.

A Epinal, le .....

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé – bon pour accord »

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **le Syndicat UD CFTC Vosges** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **Syndicat UD CFTC Vosges**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

Veuillez compléter les champs marqués* - JOINDRE UN RIB OBLIGATOIRE

Votre Nom/ Prénom* : .....

Votre adresse* : .....

Code postale + Ville* .....Pays* .....

IBAN* : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

BIC* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du créancier : **UD CFTC VOSGES** - Identifiant créancier SEPA (ICS) : FR21ZZZ434871

Adresse du créancier : **4 rue Aristide Briand BP 345 – EPINAL CEDEX FRANCE**

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif [X]

Signé à : **EPINAL**

Date : .....

Signature(s)* Veuillez signer ici :

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