



BULLETIN D'ADHESION À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHERENT

Coordonnées personnelles

Je soussigné(e), <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	(Appartement, chez...)
Nom	(Bâtiment, entrée...)
Prénom	N° et voie
Nom de naissance	(Lieu-dit.)
Date de naissance	Code postal
Téléphone mobile	Ville
Téléphone domicile	
Adresse mail :	@

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES (telles que mentionnées sur le bulletin de salaire)

N° SIRET de l'employeur (comporte 14 chiffres)	<input type="text"/>	Coordonnées professionnelles (telle que mentionnée sur le bulletin de salaire)	
Code RNE (Ets scolaires 7 chiffres+1 lettre)	<input type="text"/>	(Bâtiment, entrée)	
Nom de l'établissement		N° et voie	
Matricule chez l'employeur		(Lieu-dit...)	
Téléphone PRO. (Facultatif)		Code postal	Ville
Mel PRO (Facultatif)		@	
Salarié de droit privé	Code NACE/NAF de l'entreprise : (4 chiffres et 1 lettre)	Nb. de salariés ou d'agents de l'Ets	

Salarié du privé		Salarié de droit public	
Temps de travail	<input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> partiel à%	Temps de travail	<input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> partiel à%
Convention collective	<input type="checkbox"/> CC 51 <input type="checkbox"/> CC 66 <input type="checkbox"/> BAD <input type="checkbox"/> Autre :	Fonction publique :	<input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Territoriale <input type="checkbox"/> Hospitalière
Branche	<input type="checkbox"/> Associatif sanitaire <input type="checkbox"/> Associatif social <input type="checkbox"/> Lucratif <input type="checkbox"/> Autres	Statut de l'agent	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Contractuel : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD
Type de contrat	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	Catégorie	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Catégorie professionnelle	<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Agent de maîtrise <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Autre	Cadre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Profession/métier		Echelon	Classe ou grade
		Métier	

Calcul de la cotisation

La cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d'impôt de 66% :

Salaires annuel net imposable :	Calcul : Salaire annuel net imposable / 12 X 0,85 %
Montant de la cotisation mensuelle :€	Bulletin recueilli par le/la militant(e) ou élu(e)
PAC* prélèvement effectué tous les 05 du mois *Prélèvement bancaire automatique L'adhésion ne sera effective qu'à la date de règlement de la 1 ^{ère} cotisation) Date du 1 ^{er} prélèvement : ... / ... /	
Date : -- / -- / --	Section syndicale :
Signature de l'adhérent	Correspondant section :

Tournez la feuille et signez le MANDAT au verso



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

À remplir par le futur adhérent

Référence unique du mandat (RUM) délivré par le syndicat

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen (SEPA)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- La Cfdt à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Cfdt. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

La cotisation est revalorisée automatiquement chaque début d'année en fonction du taux d'évolution du salaire ouvrier durant les 4 derniers trimestres écoulés. Il vous appartient de corriger votre cotisation revalorisée auprès du syndicat en fonction de votre revenu fiscal net de l'année précédente.

Nom/Prénom
du débiteur

Adresse
N° et nom de la rue

Code postal ----- Ville Pays

Coordonnées du compte

N° IBAN

Identification internationale du
compte bancaire

----- / ----- / ----- / ----- / ----- / -----

N° BIC

Code international d'identification
de votre banque

DOMICILIATION : _____

Nom du syndicat Cfdt
Créancier

CFDT SANTE SOCIAUX MOSELLE

ICS

Identifiant créancier SEPA

FR 88 ZZZ 254 894

Adresse
N° et nom de la rue

2 RUE DU GENERAL DE LARDEMELLE

Code postal **5 7 0 0 0** Ville **METZ**

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Lieu et date de signature

Lieu : / .. / ..

Signature de l'adhérent

Signez signer ici



**NE PAS OUBLIER
DE JOINDRE UN
RIB**

A retourner à :

**CFDT SANTE SOCIAUX MOSELLE
2 RUE DU GENERAL DE LARDEMELLE
57000 METZ**

Zone réservée à l'usage exclusif de la Cfdt

Version du 13/09/2023