Union Départementale CFTC de Meurthe et Moselle

BULLETIN D'ADHESION

Nom de votre délégué CFTC : (s'il y a lieu)

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 : ..... **Mail Pro :** .....

Tel Pro Standard : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Tel Pro Direct :** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Fax Pro :** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

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 : .....

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 --

Signature : (manuscrite)

❑ 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.

Le Mandat SEPA
Single Euro Payments Area

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

Débiteur :
Votre Nom : _____
Votre Adresse : _____
_____
Code postal : _____ Ville : _____
Pays : _____

Créancier :
Nom : Union Départementale CFTC de Meurthe et Moselle
Adresse : 102, Rue des Solidarités
Code postal : 54320 Ville : MAXEVILLE
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.

UD CFTC DE MEURTHE ET MOSELLE -
102 Rue des Solidarités –54320 MAXEVILLE
Téléphone : 0383544791
Courriel : ud54cftc@gmail.com –