



SANTE SOCIAUX
BOUCHES DU RHONE

BULLETIN D'ADHESION

Bulletin d'adhésion (joindre un RIB) à remettre à un responsable syndical CFDT ou à envoyer à l'adresse ci-contre

www.sante-sociaux.fr/cfdt13

CFDT Santé Sociaux des Bouches du Rhône
51 rue des Dominicaines, 13001 Marseille
Tél. 04 91 48 99 09

syndicat-13@sante-sociaux.cfdt.fr

Je soussigné(e)

Mme Mlle M. Prénom.....

Date de naissance : / / adhère à la CFDT à compter du.....

Adresse personnelle.....

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Tél. mobile :

email :@.....

Nom de l'entreprise (ou d'établissement) :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : email :@.....

Poste de travail : Temps de travail :

Branche : Maintien à domicile Santé sociale Sanitaire Lucratif/Libéral Public

N° Salariés dans l'établissement : < 10 < 50 50 à 200 > 200

Convention collective : Code APE (figure sur bulletin de paie)

Salaires net mensuel imposable.....€

Montant de la cotisation mensuelle* :€ = Salaire mensuel net imposable x 0.75 %
Prélèvement effectué tous les mois

Les cotisations syndicales sont déductibles à hauteur de 66 % du montant de l'impôt.

Date Signature de l'adhérent

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la CFDT d'organiser l'action, d'informer et de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent être communiquées à l'extérieur de la CFDT pour des opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a un droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec l'organisme créancier.

N° NATIONAL EMETTEUR

254894

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

M. Mme Mlle

Nom, Prénom.....

Adresse

Code postal Ville.....

ORGANISME CREANCIER

**BANQUE FRANCAISE DE CREDIT
COOPERATIF**

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom

Code postal.....Ville.....

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Etablissement Guichet N° de Compte Clé RIB

.....

Signature de l'adhérent

Date..... / /