



## Bulletin d'adhésion SANTÉ SOCIAUX DU GARD

Je soussigné  M.  Mme  Mlle ..... adhère à la CFDT

Nom de naissance .....

Adresse .....

Téléphone .....

Portable .....

E-mail .....

Date de naissance ..... / ..... / .....

Entreprise .....

Adresse .....

Temps de travail ..... % Secteur  Public  Privé

Matricule .....

Nb de salariés :

Téléphone .....

< 10

< 50

Fax .....

50 à 200

> 200

E-mail .....

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la CFDT d'organiser l'action, d'informer, 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 le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Date ..... / ..... / ..... Signature de l'adhérent .....

### Partie à remplir par le collecteur

Date d'adhésion ..... / ..... / .....

Section .....

Branche .....

Salaire annuel net imposable .....

Cotisation ..... Complément cotis. ....

Cadre  Oui  Non Code APE ou NAF .....

Groupe .....

Sous-Groupe .....

Code géo .....

La cotisation est calculée sur la base de **0.85 %** du salaire annuel net divisé par 12. (montant du dernier salaire annuel net imposable)

P.A.C.  Oui  Non Prélèvement effectué tous les ..... mois Montant prélèv. ....

Date 1er prélèvement ..... / ..... / ..... URI ..... UD .....

A conserver au syndicat

A remettre à la banque de l'adhérent

### 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 .....

#### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Etabliss<sup>t</sup> Guichet N° de Compte Clé RIB

#### ORGANISME CREANCIER

**CFDT SANTE SOCAUX DU GARD**  
22 bis rue Colbert  
30000 NIMES

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

Nom .....

Adresse .....

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

Date ..... / ..... / ..... Signature de l'adhérent .....

JOINDRE OBLIGATOIREMENT un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ou POSTAL