



BULLETTIN D'ADHESION Cfdt PS AURA

Je soussigné M. Mme

Nom : Prénom : adhère à la CFDT.

Nom de naissance :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone personnel

⇒ Fixe :

⇒ Portable :

Adresse mail (personnelle) :

Adresse mail (professionnelle) :

Nom de votre entreprise :

Adresse de votre entreprise :

Secteur Public Privé

Avez-vous le statut de cadre ? Oui Non

Êtes-vous à temps partiel ? Oui Non Si oui Temps de travail : H

Êtes-vous en CDD ou CDI

Votre salaire annuel imposable pour l'année dernière s'élève à : €

Montant de votre cotisation mensuelle (salaire annuel X 0,85 % : 12) = €

Prélèvement automatique mensuel : Oui Non

Crédit d'Impôt de 66% sur le montant des cotisations (exemple : 10€ coûte réellement 3,40€)

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 de l'adhésion :

Date : / /

Signature de l'adhérent :

Merci de Remplir le Verso : Mandat SEPA



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique de mandat (RUM)
délivrée par le syndicat :

Le « mandat de prélèvement SEPA* » est le document officiel nécessaire pour effectuer des prélèvements.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

A/ la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte

B/ 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 passé avec elle.

Toute demande de remboursement devra être présentée :

1. Dans les 8 semaines qui suivent la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
2. Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom/Prénom
du débiteur

Adresse
N° et nom de la
voie

Code Postal

Ville

Pays

**Coordonnées du
compte**
N° IBAN
Identification
internationale du
compte bancaire

**Nom du syndicat
CFDT**

SYND CFDT PROTECTION SOCIALE AUVERGNE RHONE
ALPES

ICS
(identifiant
créancier SEPA)

FR88ZZZ254894

Adresse
N° et nom de la
voie

74 RUE MAURICE FLANDIN

Code Postal

69003

Ville LYON

Pays

FRANCE

Signé à
(lieu)

Le
(JJ/MM/AAAA)

Signature

Veuillez signer ici

A retourner à :

SYND CFDT PROTECTION SOCIALE AUVERGNE RHONE ALPES

74 RUE MAURICE FLANDIN
69003 LYON

04 72 68 62 65
ps.aura@pste.cfdt.fr