

**FORMULAIRE D’ADHESION 1/2**

**Champs à compléter**

**Je soussigné(e),**

M.[ ]  Mme.[ ]  Prénom/Nom :

**Adhère au SNPDOS-CFDT**

**Informations personnelles**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de naissance : |  |
| Date de naissance : |  |

**Coordonnées personnelles**

|  |  |
| --- | --- |
| N° et voie :  |  |
| Complément d’adresse :  |  |
| Code postal : |  | Commune : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Téléphone personnel:  |  | Mel personnel:  |  |

**Situation et coordonnées professionnelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom Employeur :  |  |
| N° et voie :  |  |
| Complément d’adresse :  |  |
| Code postal : |  | Commune : |  |
| Téléphone Pro.:  |  | Mel Pro. :  |  |

Vos fonctions : [ ]  Agent de direction [ ]  Praticien conseil [ ]  Cadre supérieur

**Votre cotisation**

***Méthode de calcul : (Salaire annuel net imposable / 12) x 0,75%***

**Prélèvement automatique des cotisations**

**Merci de remplir et signer le mandat de prélèvement SEPA**

**ci -après et d’y joindre un RIB**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre salaire annuel net imposable (N-1) :  |  |
| Montant de votre cotisation mensuelle : |  |

**Le savez-vous ?**

**La cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d’impôt de 66%**

Syndicat National des Personnels de Direction

des Organismes Sociaux - CFDT (SNPDOS)

Bureau 51.N0-06

47/49, avenue Simon Bolivar 75019 PARIS

01.56.41.51.63

syndicat@snpdos-cfdt.fr

www.snpdos-cfdt.fr

Date de signature :

Signature :

*Les informations nominatives ont pour objet de permettre à la CFDT d’informer et de consulter ses adhérents. Elles ne peuvent pas être communiquées à l’extérieur de la CFDT. Chaque adhérent possède un droit d’accès, de contestation et de rectification des données le concernant*



**Mandat SEPA** 2/2

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 :

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 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.

**Champs à compléter**

M.[ ]  Mme.[ ]   **Prénom/Nom :**

**Adresse**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° et voie :**  |  |
| **Complément d’adresse :**  |  |
| **Code postal :** |  | **Commune :** |  |
|  | **Pays** |  |

**Coordonnées du compte**

Identification internationale du compte bancaire

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° IBAN** | F | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Code internationale d’identification de votre banque

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RIB** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Domiciliation

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’agence**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du syndicat CFDT créancier**  | **SNPDOS CFDT** |
| **ICS (Identification créancier SEPA)**  | **FR88ZZZ254894** |
| Adresse  | **47/49 AVENUE SIMON BOLIVAR** |
| Code postal : | **75019** | Commune : | **PARIS** |
|  |  | Pays  | **FRANCE** |

**Type de paiement** : [x]  Paiement récurrent /répétitif

Signature :

Date de signature :

A RETOURNER, accompagné d’un RIB

de préférence par courriel : syndicat@snpdos-cfdt.fr

Ou par courrier postal :

SNPDOS - CFDT

Bureau 51.N0-06

47/49, avenue Simon Bolivar 75019 PARIS

Zone réservée à l’usage exclusif de la CFDT