



Bulletin d'adhésion

Je soussigné(e),
 M. Mme

Nom

Prénom

adhère au Snpdos-CFDT.

Nom de naissance

Date de naissance

Motivation de votre adhésion (facultatif)

Coordonnées personnelles

N° et voie

Compléments d'adresse

Code Postal

Ville

Tél. fixe domicile

Tél. mobile perso.

Mèl personnel

Votre Cotisation

Méthode de calcul (salaire annuel net imposable / 12) x 0,75%

Votre salaire annuel net imposable (N-1) €

Le savez-vous ? **La cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d'impôt de 66%**

Montant de votre cotisation mensuelle €

Prélèvement Automatique des Cotisations **N'oubliez pas de remplir et signer le mandat de prélèvement SEPA ci-après et d'y joindre un RIB**

Coordonnées professionnelles

Employeur

N° et voie

Compléments d'adresse

Code Postal

Ville

Tél. fixe pro.

Tél. mobile pro.

Mèl professionnel

Syndicat National des Personnels de Direction des Organismes Sociaux (Snpdos-CFDT)
 Bureau 403
 7/9 RUE EURYALE DEHAYNIN 75019 PARIS
 01.42.03.88.46
syndicat@snpdos-cfdt.fr
www.snpdos-cfdt.fr

Catégorie professionnelle

Agent de direction

Cadre supérieur

Praticien-conseil

Fonction

Les informations nominatives ont pour objet de permettre à la CFDT d'informer et de consulter ses adhérents. Ces informations 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.

Date de signature

Signature de l'adhérent

N'oubliez pas de remplir et signer le mandat de prélèvement SEPA ci-après et d'y joindre un RIB



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

A REMPLIR PAR LE FUTUR ADHERENT

2/2

Référence unique de mandat (RUM) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.

Nom / Prénom du débiteur

Adresse

n° et nom de la rue

Code postal

Ville

Pays

Coordonnées du compte N° IBAN

Identification internationale du compte bancaire

N° BIC

Code international d'identification de votre banque

Domiciliation Nom de l'agence

Nom du syndicat CFDT créancier

SNPDOS-CFDT

ICS (identification créancier SEPA)

FR88ZZZ254894

Adresse
n° et nom de la rue

7/9 RUE EURYALE DEHAYNIN

Code postal

| 7 | 5 | 0 | 1 | 9 |

Ville **PARIS**

Pays **FRANCE**

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Signé à (lieu et date JJ/MM/AAAA)

| | | | / | | / | | | |

Signature
du nouvel adhérent

Veuillez signer ici

A retourner, accompagné d'un RIB,

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

ou par courrier postal : Snpdos-CFDT

Bureau 403

7/9 RUE EURYALE DEHAYNIN

75019 PARIS

Zone réservée à l'usage exclusif de la CFDT