

Syndiqué

Nom : Prénom :

Adresse : Code Postal :
Ville :

Téléphone : Portable : Email :

Sexe M F Date de naissance :

Entreprise

Nom de l'Entreprise : Code NAF/APE :

Etablissement où vous travaillez : Ville :

Fonction : Nombre de salariés dans le département

Catégorie Socioprofessionnelle :

- Employé Technicien Retraité
 Ouvrier Ingénieur Sans Emploi
 Maîtrise Cadre Artisan

Statut :

- CDI Intérimaire
 CDD Saisonnier
 Contrat d'insertion Apprentissage
 Temps plein Temps partiel %

Infos Syndicales

Syndicat : Union Locale :

Fédération : Année d'Adhésion à la CGT

Responsabilités dans le Syndicat Mandats électifs dans l'Entreprise :

Stages de Formation CGT suivis Désirez-vous être informés des stages organisés par la CGT ? OUI

Agrafez votre RIB ici

Mode de paiement de la cotisation

Chèque

Prélèvement Automatique

Montant Mensuel

€

(environ 1% du revenu mensuel)

Prélèvement tous les deux mois le 4 des mois impairs. Chaque prélèvement sera de deux fois le montant mensuel noté à gauche

Joindre un RIB et signer le Mandat de Prélèvement SEPA ci-dessous

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'UNION DEPARTEMENTALE DES SYNDICATS CGT DES ALPES DE HAUTE-PROVENCE à envoyer des instructions à votre banque, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'UNION DEPARTEMENTALE DES SYNDICATS CGT DES ALPES DE HAUTE-PROVENCE .

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, et sans tarder au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

UNION DEPARTEMENTALE DES SYNDICATS CGT DES ALPES DE HAUTE-PROVENCE
BOURSE DU TRAVAIL PORTE 113
42 BOULEVARD VICTOR HUGO
04000 DIGNE LES BAINS

N° NATIONAL D'EMETTEUR

619584

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR25ZZZ619584

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM

PRENOM

ADRESSE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

COMPTE A DEBITER

I.B.A.N. :

B.I.C.

FAIT A :

Signature :

DATE