

# Bulletin d'adhésion à la C.F.D.T.

✉ à retourner à **C.F.D.T. INTERCO-MOSELLE**  
**2, rue du Général de Lardemelle**  
**B.P. n° 80527 - 57009 METZ Cedex 1**  
**☎ : 03.87.16.97.73**  
**interco57@interco.cfdt.fr**

Madame                       Mademoiselle                       Monsieur

NOM : ..... Prénom : .....

NOM de naissance : ..... Date de naissance : .....

**Adresse où je souhaite recevoir les informations syndicales :**

N° ..... Rue .....

Code Postal ..... Commune.....

☎ personnel : ..... ou ☎ professionnel : .....

Mail : .....

<b>Employeur ou collectivité :</b> ..... .....	<b>Service :</b> ..... .....
<b>Adresse de la collectivité :</b> ..... ..... .....	<b>Adresse du service :</b> ..... ..... .....

Grade (ou qualification) : .....

Pour les titulaires : Catégorie :  A     B     C

Pour les non titulaires, type de contrat de travail (C.D.D. - C.D.I.-CEC – CES – CEA, etc..).....

Temps de travail en pourcentage : ..... % ou nombre d'heures/semaine.....

Salaire net mensuel : ..... Euros

La cotisation mensuelle est égale à **0,75 % du montant de mon salaire net** (imposable). J'informerai le syndicat de tout changement du montant de mon salaire (à défaut une augmentation annuelle forfaitaire sera appliquée par le syndicat).

**Elle est prélevée le 05 de chaque mois.**

**Je joins un relevé d'identité bancaire ou (postal) et un mandat SEPA ci-joint que je date et signe.**

Je bénéficie des services réservés à tous les adhérents C.F.D.T.

Les agents imposables ou pas, sauf cas particuliers, bénéficient d'une **réduction d'impôts égale à 66 % de la cotisation payée, sous forme d'abattement ou de crédit d'impôt.**

Par la présente, je demande au syndicat et sauf instructions contraires de ma part lui parvenant en temps utile, de faire prélever en sa faveur les sommes que je lui devrai au titre du paiement de mes cotisations. En cas de non-exécution, j'en serai avisé par ses soins.

Date :

Signature :

# MANDAT SEPA

MANDAT de Prélèvement SEPA

**FR88ZZZ254894**

Référence unique de mandat



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat INTERCO CFDT MOSELLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d' INTERCO CFDT MOSELLE. 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 prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Votre Nom** ..... (Nom et prénom du débiteur)

**Votre adresse** ..... (Numéro et nom de la rue)

CP ..... Ville.....

Pays .....

## Les coordonnées de votre compte :

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Numéro d'identification international du compte bancaire- IBAN (International Bank Account Number)

□□□□□□□□□□

Code international d'identification de votre banque- BIC (Bank Identifier Code)

**Nom du créancier :** CFDT INTERCO MOSELLE  
2 rue du Général Lardemelle  
57000 METZ France

**Type de paiement :** Paiement répétitif (mensuel)

**Signé à** ..... **le** .....

**Signature :**