

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 :

Employeur ou collectivité :	Service :
Adresse de la collectivité :	Adresse du service :

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 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

N° BIC
Code international
d'identification de
votre banque

Domiciliation
Nom de l'agence

**Nom du syndicat
CFDT**

SYNDICAT CFDT INTERCO MOSELLE

ICS
(identifiant
créancier SEPA)

FR88ZZZ254894

Adresse
N° et nom de la
voie

2 RUE DU GENERAL DE LARDEMELLE

Code Postal

57009

Ville

METZ CEDEX 01

Pays

FRANCE

Signé à
(lieu)

Le
(JJ/MM/AAAA)

Signature Veuillez signer ici

A retourner à :
SYNDICAT CFDT INTERCO MOSELLE
BP 80527
2 RUE DU GENERAL DE LARDEMELLE
57009 METZ CEDEX 01

03 87 16 97 73
interco57@interco.cfdt.fr