



L'ADHÉRENT CFDT GROUPAMA BRETAGNE.

Nom ⇨ Prénom ⇨
 Adresse ⇨
 Ville ⇨ C.P. ⇨
 Date de naissance ⇨

DEPARTEMENT DE RATTACHEMENT ⇨

Lieu de Travail ⇨ SIÈGE SITE: DEPT: AGENCE:
 Téléphone ⇨ / / / / Fax ⇨ / / / /
 Adresse E-mail privée (pour recevoir des infos régulières) ⇨

EMPLOI à GROUPAMA LOIRE-BRETAGNE ⇨

STATUT ⇨ (rayez la mention inutile) EMPLOYÉ CADRE

TEMPS DE TRAVAIL ⇨ (rayez la mention inutile) TEMPS PLEIN TEMPS PARTIEL : %

DATE D'ADHÉSION ⇨

Les informations nominativesci dessus ont pour objet de permettre à la CFDT d'organiser, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent être communiquées à l'extérieur de la CFDT pour des opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

COTISATION ANNUELLE

0,75 % du salaire annuel net (payable par prélèvement mensuel)

Exemple : Salaire annuel net : 18.000 Euros
 18.000 € X 0,75 % = 135 Euros
 135 € : 12 = 11,25 € / mois.
 Réduction ou crédit d'impôt: 135 € X 66% = 89,10 Euros

soit une cotisation de 3,83 €/mois après réduction ou crédit d'impôt

MA COTISATION ANNUELLE : ___ ___ ___ euros / An soit ___ ___ ___ euros / Mois ___ ___ ___

Fait à : Le: Signaturedel'adhérent:

Document à retourner avec la demande de prélèvement et votre RIB



(à conserver au syndicat)

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT SUR COMPTE BANCAIRE

Nom et Prénom :
 Rue ou lieu dit:
 Ville :
 Code Postal :

Désignation de l'organisme créancier
CFDT

Je vous prie de bien vouloir désormais et sauf instruction contraire de ma part vous parvenant en temps utile de faire prélever en votre faveur sur le compte:

IBAN -----
 BIC -----
 RIB -----

les sommes dont je vous serai redevable au titre des sommes que vous m'aurez préalablement notifiées par avis . En cas de non exécution , j'en serai avisé par vos soins.

Les présentes instructions sont valables , sauf nouvel avis de ma part, à vous notifier en temps utile .

Date du 1er Prélèvement ⇨	
Montant de la cotisation / An	

A **Le**

Signature



A remettre à la banque de l'adhérent

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

N° NATIONAL ÉMETTEUR

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec l'organisme créancier.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle
Nom, Prénom
Adresse.....
.....
Code postal..... Ville

ORGANISME CRÉANCIER

DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER
IBAN BIC

RIB

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER
Nom
Adresse
.....
Code postal Ville
.....

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) ou POSTAL (RIP.)

Date/...../..... Signature de l'adhérent