ADHÉSION AU SGEN CFDT

Formulaire à renvoyer à :
SGEN CFDT Basse-Normandie
2 rue Général Decaen - 14000 CAEN
02 31 82 60-61 - bassenormandie@sgen.cfdt.fr

Nom Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal ..... **Ville** .....

Téléphone ..... **Mobile** .....

Courriel .....

Établissement .....

Corps ..... **Echelon** .....

Temps de travail ..... **%** **Discipline** .....

Statut .....

A ..... **le** ..... **Signature**

De chacun selon ses moyens,
à chacun selon ses besoins....

Le taux est progressif
de 0,65% (bas-revenu) à 0,95% (haut-revenu).

Temps partiel : multiplier la cotisation par le temps de travail ex: 1200€ net mensuel à 80% -> 9 x 80% = 7,2€

66% du montant est déduit en CREDIT d'impôt POUR TOUS

Je choisis le règlement:

ق**par prélèvement automatique SEPA mensuel aux 5 du mois**
(JOINDRE UN RIB et SIGNER ci dessous)
beaucoup plus simple à gérer; un courriel suffit pour l'arrêter

ق**par virement SEPA sur le compte FR76 1660 6260 0084 8556 3073 634**
prévoir un virement par année civile, pour les cotisations correspondantes
ex : deux virement de 4x7€=28€ en septembre et de 8x7€=56€ en janvier

ق**traditionnel par chèque(s)(mettre la date d'encaissement souhaité au verso de chaque chèque)**
un chèque pour chaque année civile, pour les cotisations correspondantes

ICS
FR88ZZZ254894

Pour le compte de CFDT 47/49 Avenue Simon Bolivar 75950 PARIS CEDEX 19 Réf : Cotisation syndicale

Mandat de prélèvement SEPA

RUM à remplir par le syndicat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (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.
Une demande de remboursement doit 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.
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NOM PRENOM
ADRESSE 1
ADRESSE 2
CODE POSTAL VILLE
PAYS
IBAN - - - - - - -
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
BIC
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement : répétitif/récurrent / ~~unique~~
Signé à : Mlle le JJ / MM / AAAA
Signature :