

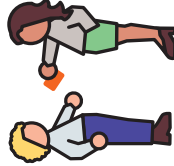


En nous rejoignant, vous faites le choix d'un syndicalisme responsable, efficace, démocratique et ambitieux, dans lequel vous avez toute votre place en tant qu'acteur de votre propre destin.

Quelle que soit votre situation professionnelle, vous avez la garantie d'être toujours respecté, écouté, défendu car légitimement représenté !

Chaque jour, la CFDT agit pour faire reconnaître vos droits et en conquérir de nouveaux pour mieux répondre à vos attentes.

Votre adhésion à la CFDT, c'est l'assurance d'être accompagné tout au long de votre vie professionnelle.



Laurent Berger  
Secrétaire général de la CFDT

Je soussigné(e), <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	
<b>Nom</b>	adhère à la CFDT
<b>Prénom</b> (Nom de naissance)	
Date de naissance	
N° SIRET de l'employeur (comporte 14 chiffres)	
Code RNE (éts. scolaires : 7 chif. + 1 lettre)	
Nom de l'établissement	
Profession / Métier	
Matricule (chez l'employeur)	
Type de contrat (si applicable)	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD
Situation	<input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Intérimaire <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi
Temps de travail	<input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Partiel à .....%
Téléphone professionnel	
Téléphone mobile pro.	
Mèl professionnel	@
Nb. de salariés ou d'agents de l'Éts	
Salarié de droit privé <input type="checkbox"/>	Code NACE/NAF de l'entreprise :                     (4 chiffres suivis d'une lettre)
Salarié de droit public <input type="checkbox"/>	Type de fonction publique : <input type="checkbox"/> État <input type="checkbox"/> Territoriale <input type="checkbox"/> Hospitalière
Statut de l'agent	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Contractuel <input type="checkbox"/> Vacataire

<b>Coordonnées personnelles</b>	
(Appartement, chez...)	
(Bâtiment, entrée...)	
N° et voie	
(Lieu-dit...)	Ville
Code postal	
Téléphone domicile	
Téléphone mobile	
Mèl personnel	@

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

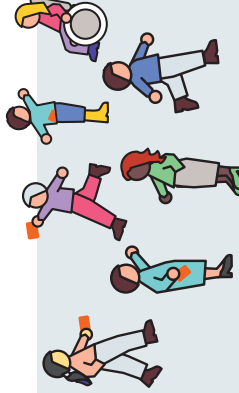
(telles que mentionnées sur le bulletin de salaire)

<b>Adresse professionnelle</b> (telle que mentionnée sur le bulletin de salaire)	
(Bâtiment, entrée...)	
N° et voie	
(Lieu-dit...)	Ville (celex)
Code postal	
<b>Pour le calcul de la cotisation</b> (l'adhésion ne sera effective qu'à la date de règlement de la première cotisation) :	
Salaire annuel net imposable	€
<b>La cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d'impôt de 66 %.</b>	
Date de signature	/           /
Signature de l'adhérent	

N'oubliez pas le mandat de prélèvement  
**A REMPLIR ET SIGNER PAR LE FUTUR ADHÉRENT.**

Les informations nominatives ont pour objet de permettre à la CFDT d'informer et de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent pas être communiquées à l'extérieur de la CFDT. Chaque adhérent possède un droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Toutes les informations qui vous sont demandées sont nécessaires à la CFDT pour qu'elle puisse vous apporter le meilleur service.



**Section syndicale**  
 (collectif constitué)  
 ou \_\_\_\_\_

**Implantation syndicale**  
 (absence de collectif)  
 Cadre  Non cadre

**Statut**  
 (déclaration obligatoire)  
 Motivation de l'adhésion \_\_\_\_\_

Informations professionnelles		Calcul de la cotisation mensuelle minimale	
Catégorie professionnelle en <b>secteur privé</b>	<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Agent de maîtrise <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Apprenti	Salaire annuel net imposable / 12 X % =	€
Catégorie dans la <b>fonction publique ou assimilée</b>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Montant de la cotisation mensuelle	€
Corps dans la fonction publique ou assimilée		<b>Bulletin recueilli par le/la militant(e) ou élu(e)</b>	
		Nom	_____
		Prénom	_____
		NPA	_____
<b>Service+</b> Tous les	<input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois		
Jour du prélèvement	<input type="checkbox"/> le 5 du mois <input type="checkbox"/> le 10 du mois <input type="checkbox"/> le 25 du mois		
<b>PacSy</b> Tous les	<input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> 2 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 4 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois		
Jour du prélèvement	le ____ du mois		
Montant de chaque prélèvement	_____ €		
Date du premier prélèvement	____/____/____ <small>Montant de la cotisation mensuelle X périodicité du prélèvement</small> <small>Pour les syndicats en Services+, vérifier que l'adhérent a bien choisi le jour du prélèvement mensuel.</small>		
Code IDCC <small>(identifiant de la convention collective en 4 chiffres)</small>	____		
Branche professionnelle	_____		
Groupe	_____		

**Coordonnées ou tampon du syndicat**

Toutes les informations qui vous sont demandées sont nécessaires à la CFDT pour qu'elle puisse vous apporter le meilleur service.



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

Référence unique du mandat (RUM) délivré par le syndicat :

3/3

Le “mandat de prélèvement SEPA” est le nouveau document officiel qui remplace désormais l’autorisation de prélèvement au niveau européen (SEPA).

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 passée avec elle.

Toute demande éventuelle de remboursement devra 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.

**Nom / Prénom** du débiteur

**Adresse**

N° et nom de la rue

Code postal

Ville

Pays

**Coordonnées du compte** N° IBAN

Identification internationale du compte bancaire

N° BIC

Code international d’identification de votre banque

**Nom du syndicat CFDT** créancier

ICS (identifiant créancier SEPA)

**Adresse**

N° et nom de la rue

Code postal

Ville

Pays

**Type de paiement**  Paiement récurrent / répétitif

**Signé à** (lieu et date JJ/MM/AAAA)

**Signature  
du nouvel adhérent**

Veillez signer ici

**A retourner à :**

Zone réservée à l’usage exclusif de la CFDT