



S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

# BIENVENUE !



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

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DÉMOCRATIQUE DU TRAVAIL  
4, BOULEVARD DE LA VILLETTE  
75955 PARIS CEDEX 19  
TÉL : 01 42 03 80 00 FAX : 01 42 03 81 44

**CFDT.FR**



# BULLETIN D'ADHÉSION

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

salarié(e) ou agent

1/3

**Je soussigné(e),**  
 M.  Mme

**Nom** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_ adhère à la CFDT

(Nom de naissance) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_



**Coordonnées personnelles**

(Appartement, chez...)

(Bâtiment, entrée...)

N° et voie \_\_\_\_\_

(Lieu-dit...)

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_

Téléphone mobile \_\_\_\_\_

Mèl personnel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

(telles que mentionnées sur le bulletin de salaire)

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)  CDI  CDD

Situation  Stagiaire  Intérimaire  Demandeur d'emploi

Temps de travail  Complet  Partiel à ..... %

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

Téléphone mobile pro. \_\_\_\_\_

Mèl professionnel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nb. de salariés ou d'agents de l'Éts \_\_\_\_\_

Salarié de droit privé  Code NACE/NAF de l'entreprise : \_\_\_\_\_ (4 chiffres suivis d'une lettre)

Salarié de droit public  Type de fonction publique :  
 État  Territoriale  Hospitalière

Statut de l'agent  Titulaire  Contractuel  Vacataire

**Adresse professionnelle**  
(telle que mentionnée sur le bulletin de salaire)

(Bâtiment, entrée...)

N° et voie \_\_\_\_\_

(Lieu-dit...)

Code postal \_\_\_\_\_ Ville (cedex) \_\_\_\_\_

**Pour le calcul de la cotisation**  
(l'adhésion ne sera effective qu'à la date de règlement de la première cotisation) :

Salaires annuels net imposables \_\_\_\_\_ €

**La cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d'impôt de 66 %.**

Date de signature \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'adhérent \_\_\_\_\_

N'oubliez pas le mandat de prélèvement (3/3).  
À 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.



2/3

PARTIE À REMPLIR PAR LE SYNDICAT CFDT

élu(e) CFDT ou militant(e) CFDT



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

**Implantation syndicale**  
(absence de collectif)  
\_\_\_\_\_

Statut  
(déclaration obligatoire)  Cadre  Non cadre

Motivation de l'adhésion  
\_\_\_\_\_

**Informations professionnelles**

Catégorie professionnelle en **secteur privé**  
 Cadre  Agent de maîtrise  Employé  
 Ouvrier  Apprenti

Catégorie dans la **fonction publique ou assimilée**  
 A  B  C

Corps dans la fonction publique ou assimilée  
\_\_\_\_\_

**Service+**  
Tous les  mois  2 mois  3 mois  
Jour du prélèvement  le 5 du mois  le 10 du mois  le 25 du mois

**PacSy**  
Tous les  mois  2 mois  3 mois  4 mois  6 mois  12 mois  
Jour du prélèvement le \_\_\_\_ du mois

Montant de chaque prélèvement \_\_\_\_\_ €  
Montant de la cotisation mensuelle X périodicité du prélèvement

Date du premier prélèvement \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Pour les syndicats en Service+, vérifier que l'adhérent a bien choisi le jour du prélèvement mensuel.

Code IDCC (identifiant de la convention collective en 4 chiffres) \_\_\_\_\_

Branche professionnelle \_\_\_\_\_

Groupe \_\_\_\_\_

**Calcul de la cotisation mensuelle minimale**

Salaire annuel net imposable / 12 X % = \_\_\_\_\_ €

Montant de la cotisation mensuelle \_\_\_\_\_ €

**Bulletin recueilli par le/la militant(e) ou élu(e)**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_

**Coordonnées ou tampon du syndicat**  
\_\_\_\_\_



S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

# BULLETIN D'ADHÉSION

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 : \_\_\_\_\_

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

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 FRANCE

Coordonnées du compte N° IBAN  
Identification internationale du compte bancaire

N° BIC

Code international d'identification de votre banque

Nom du syndicat CFDT créancier

SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONS JUDICIAIRES C.F.D.T.

ICS (identifiant créancier SEPA)

FR88ZZZ254894

Adresse  
N° et nom de la rue

TOUR ESSOR, 14 RUE SCANDICCI

Code postal

9 5 5 0 8 Ville PANTIN CEDEX

Pays FRANCE

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif

Signé à (jour et date JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature  
du nouvel adhérent

Veillez signer ici

A retourner à :

Régine MOULIN  
SNPJ-CFDT  
3 Impasse de la Pondre  
30540 MILHAUD  
Tél. 04 66 74 22 67 - 06 80 52 34 27

Zona riservata à l'usage esclusivo de la CFDT