

BULLETIN D'ADHESION

Pour permettre un traitement rapide et optimal de votre demande d'adhésion, merci de bien vouloir renseigner un maximum d'informations. **Celles-ci resteront strictement confidentielles.**

Mme / M. **NOM** : **Prénom** :
Rayer mention inutile

Nom de naissance : **Date de naissance** : ___ / ___ / ___ **Lieu** :

Adresse : **Tél** :
 **Portable** :

Code postal : ___ - ___ **Ville** : **Mail** (important):

Nom et adresse de votre établissement :
 (ou du dernier établissement si sans emploi)

Tel Pro Standard : **Tel Pro Direct** : **Fax Pro** :

Mail Pro : **Profession** (facultatif) :

Voir fiche de paye : **N° de SIRET** : (14 chiffres)
Code APE (ou NAF) : (4 chiffres + 1 lettre)
Convention Collective :

Secteur : Privé Public Mixte **Effectif de l'établissement** : salariés

Catégorie : Ouvrier/Employé Technicien/Agent de Maîtrise Cadre/Assimilé
 Fonction publique A / B / C (entourer la catégorie vous concernant)
 Retraité Chômeur Etudiant/Apprenti
 Assistant(e) maternel(le) du particulier employeur (à votre domicile) - CC 8891
 Salarié(e) du particulier employeur (au domicile de l'employeur) - CC 2111 } - 50 %

OPTION :
 Je souscris au service ACL
 (Avantages Culture et Loisirs)
 pour 1 € / mois.
 Site : www.avantage-culture-loisirs.fr

Je souhaite adhérer à la CFTC et j'atteste sur l'honneur que les éléments ci-dessus sont conformes à la réalité.

Signature :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'UNION DEPARTEMENTALE CFTC DU BAS-RHIN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'UNION DEPARTEMENTALE CFTC DU BAS-RHIN. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.



OBLIGATOIRE : Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) comportant votre IBAN et votre BIC.

Référence unique du mandat (code INARIC rempli par la CFTC)	Identifiant créancier SEPA : FR50ZZ644936
Débiteur : Votre Nom : _____ Votre Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____	Créancier : Nom : Union Départementale CFTC du Bas-Rhin Adresse : Espace Européen de l'Entreprise 19, rue de LA HAYE CS70052 SCHILTIGHEIM Code postal : 67014 Ville : STRASBOURG Pays : France
IBAN : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif
BIC : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A : _____	

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

