



**Je soussigné(e)  M.  Mme ..... adhère à la CFDT**

Nom de naissance ..... Date de naissance ...../...../.....  
 Adresse ..... Téléphone fixe.....  
 ..... Portable .....  
 ..... E-mail .....

Employeur .....  
 Service .....  
 Adresse .....  
 Téléphone service .....  
 Grade / Profession ..... Cadre :  Oui  Non

Revenu annuel net ..... € ou revenu mensuel net .....€

**La cotisation syndicale est égale à 0,75% du salaire. La cotisation est prélevée mensuellement.**

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la CFDT d'organiser l'action, d'informer et de consulter ses adhérents. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Date ...../...../.....

**Signature de l'adhérent(e)**

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA** En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé voire sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

<p align="center"><b>CFDT Santé/Sociaux Somme</b>  <b>52 rue Daire</b>  <b>80000 AMIENS</b>  <b>ICS : FR88ZZZ254894</b></p>
---

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

N° et nom de la rue : \_\_\_\_\_

Code Postal :      Ville : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du compte** N° IBAN :

N° BIC :

**Domiciliation** Nom de l'agence : \_\_\_\_\_

Type de paiement :  Paiement récurrent/répétitif

Date ...../...../.....

**Signature de l'adhérent(e)**

**Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal**