BULLETIN D'ADHESION

Union des Syndicats CFTC de Lille/Métropole - ☎ 0320532184 –cftclille@orange.fr

ADHERENT

Mlle, Mme, M. NOM : ..... **Prénom** : .....
Rayer mentions inutiles

Nom de jeune fille : ..... **Né(e) le** : ..... **A** : .....

Adresse :..... **Tél** : .....

..... **Portable** : .....

..... **Mail** : .....

Catégorie : Ouvrier/employé ☐ Technicien/Agent de Maîtrise ☐ Cadre/assimilé ☐ Retraité ☐ Chômeur ☐

En signant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient enregistrées sur le fichier informatique confédéral INARIC

A REMPLIR PAR LE DELEGUE CFTC OU A DEFAUT L'ADHERENT SALARIE

Nom du délégué CFTC s'il y a lieu

ENTREPRISE

Nom,Adresse entreprise de l'adhérent ..... Tél prof :.....

..... Fax prof :.....

..... Mail prof : .....

Secteur

Commerce Services ☐ Métallurgie ☐ Fonction publique ☐ Chimie ☐ Santé Sociaux ☐Transports ☐ Mines ☐
Postes et Télécoms ☐ Territoriaux ☐ Défense ☐ Agriculture ☐Protection sociale ☐Banques ☐ Textiles ☐
Enseignement privé ☐ EDFGDF ☐Communication ☐ Finances ☐ Bâtiment ☐ Cheminots ☐

Autres :

.....

Effectif de l'entreprise .....

Code APE : ..... Convention Collective : .....
.....

Déclare adhérer au syndicat CFTC de ma profession

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SYNDICAT CFTC LILLE

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT CFTC LILLE

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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR88ZZZ241091

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom SYNDICAT CFTC LILLE

Adresse 174 BOULEVARD DE L'USINE

Code postal 59800 Ville LILLE

Pays FRANCE

Prélèvement : mensuel, trimestriel, annuel, d'un montant de .....€

IBAN

BIC

Paiement : X Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

A :

Le :

Signature :

Veuillez compléter tous les champs du mandat.