Bulletin d'adhésion

la cgt Landes

Union Départementale CGT des Landes

BP 114 – Maison des Syndicats – 97 place de la caserne Bosquet

40002 Mont de Marsan cedex

Tél : 05 58 06 50 70 – Fax : 05 58 06 50 71 - @ : ud40@cgt.fr

Nom de la base :

Union Locale de rattachement :

Fédération de rattachement :

Entreprise :

Ville de l'entreprise :

Activité de l'entreprise :

Code NAF :

N°SIRET

Civilité : M ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom :

Prénom :

Date de naissance : - - / - - / - - - - **Nationalité :** Française ☐ Autre ☐

Date d'adhésion et signature

le : - - / - - / - - - -

Adresse :

Suite Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Code tournée : **Côté :**

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel : **poste**

Téléphone portable :

Fax :

Email : @

Statut du salarié		Catégorie du salarié	
CDD	☐	Agent de maîtrise	☐
CDI	☐	Cadre	☐
Contrat d'insertion	☐	Employé	☐
Emploi jeune	☐	Enseignant	☐
Intérimaire	☐	Ingénieur	☐
Non déterminé	☐	Non déterminé	☐
Privé d'Emploi	☐	Ouvrier	☐
Retraité	☐	Technicien	☐
Saisonnier	☐		

Situation du salarié: actif ☐ retraité ☐ privé d'emploi ☐

Informations CGT : oui ☐ non ☐

Montant mensuel de la cotisation = €

Modes de règlements: chèque ☐ espèces ☐ prélèvement ☐

Si prélèvement = cotisation mensuelle € X 2 = €

La cotisation est prélevée tous les deux mois

La cotisation est fixée statutairement à 1 % du salaire net

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Union Départementale CGT des Landes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque (nom de votre banque) à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Union Départementale CGT des Landes

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : 1/ dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, 2/ sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

1 Votre nom

* *Nom / Prénoms du débiteur*

2 Votre adresse

* *Numéro et nom de la rue* | * Code Postal | * Ville | * Pays

3 Les coordonnées de votre compte

* Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

* Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

4 Nom du créancier

Union Départementale CGT des Landes — Nom du créancier

BP 114 – Maison des Syndicats – 97 place de la caserne Bosquet — *Numéro et nom de la rue*

FR20ZZZ620741 — Identifiant du créancier

40002 — Code Postal | Mont de Marsan cedex — Ville | Pays

5 Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif ☐ **Paiement ponctuel** ☐

6 Signature(s)

Signé à * Lieu — Date * Date : jj/mm/AAAA

Veuillez signer ici

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