

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 : --/--/----

Statut du salarié	Catégorie du salarié
CDD <input type="checkbox"/>	Agent de maîtrise <input type="checkbox"/>
CDI <input type="checkbox"/>	Cadre <input type="checkbox"/>
Contrat d'insertion <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Emploi jeune <input type="checkbox"/>	Enseignant <input type="checkbox"/>
Intérimaire <input type="checkbox"/>	Ingénieur <input type="checkbox"/>
Non déterminé <input type="checkbox"/>	Non déterminé <input type="checkbox"/>
Privé d'Emploi <input type="checkbox"/>	Ouvrier <input type="checkbox"/>
Retraité <input type="checkbox"/>	Technicien <input type="checkbox"/>
Saisonnier <input type="checkbox"/>	

Adresse :

Suite Adresse :

Code Postal : Ville :

Code tournée : Côté :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel : poste

Téléphone portable :

Fax :

Email :

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.

Veillez 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** **BP 114 – Maison des Syndicats – 97 place de la caserne Bosquet**
Nom du créancier Numéro et nom de la rue
F R 2 0 Z Z Z 6 2 0 7 4 1 **40002** **Mont de Marsan cedex**
Identifiant du créancier Code Postal Ville Pays

5 Type de paiement **Paiement récurrent / répétitif** **Paiement ponctuel**

6 Signature(s) Signé à Date
* Lieu * Date : jj/mm/AAAA

Veillez signer ici