



**S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS**

**Rejoignez
le 1^{er} syndicat
de France !**



**BULLETIN D'ADHESION
SymétAL Alpes-Loire**

Renseignements Adhérent

Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse Postale :

Adresse e-mail :

Téléphone :

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la CFDT d'organiser l'action, d'informer et de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent être communiquées à l'extérieur de la CFDT pour des opérations commerciales ou publicitaires.

Chaque adhérent a un droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Date : / /

Signature du Salarié :

Informations professionnelles

- Etes-vous : Ingénieur & Cadre
 Ouvrier
 Employé
 Apprenti
 Agent de maitrise

Entreprise :

SIRET :

Adresse entreprise :

Calcul de la cotisation mensuelle :

Rémunération Annuelle Nette : €

Cotisation (RAN X 0.75% / 12) : €



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Identité du payeur, Titulaire du compte :

Mme M. Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Coordonnées bancaires - Désignation du compte à débiter

BIC _____

IBAN _____

Syndicat CFDT

En signant ce formulaire de Mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez (A) - Audiens - à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Audiens. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.
NB : Vos droits concernant le présent Mandat Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à _____ le _____ 20____

Signature :

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB comportant les mentions BIC-IBAN.

Référence unique du mandat (RUM)
délivré par le syndicat :
