**CFDT Services**
Téléphone :

# Bulletin d'adhésion

CARREFOUR MARKET

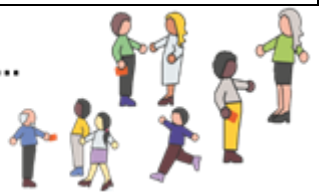
| | |
|---|---|
| Je soussigné : M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : Prénom : adhère à la CFDT | |
| Nom de naissance :<br>Adresse :<br>CP/ Ville :<br>Date : **Signature de l'adhérent** : | Date de naissance :<br>Portable :<br>Email :<br>Téléphone fixe : |

| | |
|---|---|
| Entreprise: CSF CARREFOUR MARKET :<br>N° SIRET de l'employeur(14 chiffres) :<br>Adresse :<br>CP/ Ville : | Téléphone fixe :<br>Téléphone Fax :<br>Nb salariés : |

| | |
|---|---|
| Temps Complet / Temps Partiel : TC ☐ TP ☐<br>Cadre ☐ Agent de Maitrise ☐ Employé ☐<br>Salaire Net Annuel<br>Cotisation: € / Mois<br>Branche : COMMERCE | La cotisation est calculée sur la base de 0.75% du salaire annuel net divisé par 12 (montant du dernier salaire annuel net imposable) déductible des impôts sur le revenu à la hauteur de 66% |

J'adhère pour la raison suivante:
☐ Les valeurs de la CFDT
☐ Pour les élections
☐ Les positions de la CFDT
☐ Suite à un conflit avec mon employeur

**LA CFDT**
**C'EST TOI, C'EST MOI, C'EST NOUS...**



## Mandat de prélèvement SEPA

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen (SEPA) En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : A/ la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; B/ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée :

- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé

**Joindre obligatoirement un RIB, un RIP ou un RICE ou IBAN**

**Adresse du débiteur :**

Nom: … …… …….. Prénom: ……..…..
Adresse :… ……..
Code postal: ……..Ville : ……..

**Coordonnées du compte** N° IBAN Identification internationale du compte bancaire:

N° BIC Code international d'identification de votre banque

**Syndicat Nom et adresse du créancier:**

Syndicat CFDT Services littoral
Place Crêvecoeur
62100 Calais

**Établissement teneur du compte à débiter:**

Banque :…….. ……
Adresse :……
Code postal :……..…… Ville : … …….

**Type de paiement** ☑ Paiement mensuelle

**Fait à :**

**Signature obligatoire**