

PARTIE À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

Informations personnelles

Je soussigné(e) : M. Mme
Nom :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Adhère à la CFDT

Informations professionnelles

Profession :

Situation : Cadre Agent de maîtrise
 Ouvrier Employé

Statut : CDI CDD Intérimaire
 Apprenti / Stagiaire

Temps de travail : Temps complet Temps partiel

Salaire annuel net imposable :

Montant de la cotisation mensuelle :
(voir mode de calcul ci-dessous)

Adresse personnelle :

Code postal : | | | | | Ville :

Téléphone : Téléphone mobile :

Email personnel :

Groupe Randstad France /
Entreprise ou établissement : Randstad GRF Appel Médical
 Expectra JBM RIS Atoll
Code NAF : **7820Z**

Adresse professionnelle :

Code postal : | | | | | Ville :

Date : ____/____/____ Signature de l'adhérent :

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.

PARTIE À REMPLIR PAR LE SYNDICAT

Date d'adhésion : ____/____/____ Branche : **Intérim** Secteur : **Privé** Section : **Randstad**

Montant de la cotisation mensuelle :
(Salaire annuel net imposable x 0,75%) / 12 =

Exemple : Votre revenu MOYEN mensuel net est de 1 000 €. Votre cotisation mensuelle est donc de : 1 000 € x 0,0075 = 7,5 €. NB : Après la réduction d'impôts de 66 % ou crédit d'impôt (remboursement) si vous n'est pas imposable : vous cotisez réellement 2,55 € par mois.

Prélèvements effectués tous les ____ mois
Montant de chaque prélèvement : ____ €
Date du 1^{er} prélèvement : ____/____/____

Tampon du syndicat :



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT (joindre un RIB)

Référence unique du mandat (RUM) délivré par le syndicat

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 passée 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.

Nom / Prénom du débiteur

Adresse
N° et nom de la rue

Code postal | | | | | Ville Pays

Coordonnées du compte N° IBAN
Identification internationale du compte bancaire

N° BIC
Code international d'identification de votre banque

Domiciliation nom de l'agence

Nom du syndicat CFDT créancier
ICS (identifiant créancier SEPA)

Adresse
N° et nom de la rue

Code postal | | | | | Ville Pays

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Signé à (lieu et date JJ/MM/AAAA)

Signature du nouvel adhérent

Veuillez signer ici

À retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif de la CFDT