



1G 59 06 HR

à remplir par l'adhérent en majuscules SVP	
<input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>	
NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Entreprise :	Né(e) le :
Qualification :	Code/APE :
<input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non Cadre <input type="checkbox"/>	
J'adhère à la CFDT à dater du :	

Mon paiement automatisé aura lieu tous les 3 mois (joindre un R.I.B.)
A ce titre, je bénéficie des services réservés aux adhérents CFDT.
Je demande par la présente au syndicat désigné ci-dessous et sauf instructions contraires de ma part lui parvenir en temps utile, de faire prélever en sa faveur, les sommes que je lui devrai au titre du paiement de mes cotisations.
En cas de non-exécution je serai avisé par ses soins.

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la CFDT d'organiser l'action, d'informer, 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 le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Date et Signature de l'Adhérent

Si règlement accompagnant le présent bulletin d'adhésion précisez les mois concernés et le montant de la cotisation mensuelle :

Partie réservée au Syndicat - N° BFCC : 210 271 726 06

Date du 1er prélèvement : _____

Prélèvement effectué tous les 3 mois.

Cotisation mensuelle : _____

Montant de chaque prélèvement : _____
(cotisation mensuelle x 3)

Section Syndicale de l'Adhérent : _____

Signature du Trésorier du Syndicat

Responsable Collecteur de la Section : _____

Autorisation de Prélèvement à remplir par l'adhérent

N° National d'Emetteur : **254 894**

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si la situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le Syndicat CFDT des Assurances du NORD, dont le siège social est situé 104 rue Jeanne d'Arc à LILLE (59000). En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec l'organisme créancier (Syndicat CFDT des Assurances du NORD).

<input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>		
Nom et Prénom :		
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	
Codes Désignation du compte à débiter		
Etabliss. Guichet	N° Compte	Clé RIB

Organisme créancier Syndicat CFDT des Assurances du Nord 104 rue Jeanne d'Arc - 59 000 Lille		
Etablissement teneur du compte à débiter		
Nom :	Adresse :	
Code Postal :	Ville :	

Date : _____

Signature : _____