



ÊTRE SYNDIQUE, C'EST ESSENTIEL !



**ENSEMBLE
AUJOURD'HUI!
PLUS FORTS
DEMAIN**



La Section syndicale
CFDT de Lestrem –
www.cfdt-lestrem.net

**MARRE DE DEVOIR ME BATTRE
POUR ÊTRE RECONNUE
DANS MON TRAVAIL ?**

**JE NE RESTE
PAS SEULE !**

**Avec la CFDT, j'ai un réseau
de collègues, une équipe,
on ne se laisse pas faire,
on est solidaires !**



On a tous une bonne raison de rejoindre la CFDT

☐ BULLETIN D'ADHESION

☐ MODIFICATION DE COORDONNEES BANCAIRES

Cocher la case correspondante

☐ M. ☐ Mme Nom, Prénom(s)

Nom de naissance Date de naissance

Adresse : Téléphone :

..... Portable :

Code Postal : Ville : Mail (obligatoire) :

ENTREPRISE : ☐ Cadre ☐ T/A.M ☐ Employé ☐ Ouvrier

Adresse Nombre salariés : Temps de travail :%

..... Branche Code APE :

Code Postal : Ville : Téléphone :

DATE D'ADHESION : **Cotisation syndicale* / mois :** €

Nom du correspondant (réservé aux adhérents Roquette) : **Fréquence de prélèvement :** ☐ 1 mois ☐ 3 mois

☐ 6 mois ☐ 1 an

*** La charte financière CFDT détermine pour la cotisation syndicale 0,75% minimum de vos revenus nets imposables.**

Les dates de prélèvement des cotisations sont :

- les 5 de chaque mois pour les prélèvements mensuels

- 5 janvier, 5 avril, 5 juillet et 5 octobre pour les prélèvements trimestriels

- 5 janvier et 5 juillet pour les prélèvements semestriels

- 5 janvier pour les prélèvements annuels

Merci de prévenir le syndicat ou le trésorier des demandes de prélèvements ou de modifications de coordonnées bancaires au plus tard 15 jours ouvrables avant les dates indiquées de prélèvements



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez

SCE CFDT Artois Val de Lys

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SCE CFDT Artois Val de Lys**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.



Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR86ZZZ651369**

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom

SCE CFDT Artois Val de Lys

Votre Adresse

Centre Jean Monnet II

Code postal

Ville

62400

BETHUNE

Pays

FRANCE

IBAN

.....

BIC

.....

Paiement :



Récurrent/Répétitif



Ponctuel

A :

Le :

.....

Signature :

.....

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Centre Jean Monnet II – 3 Place de l'Europe – Entrée B - 62400 BETHUNE

Tél : 03.21.01.27.90 - E-Mail syceval.cfdt@live.fr

Code APE 912Z – SIREN 449 563 816 – SIRET 449 563 816 00023