



# BULLETIN D'ADHESION

Monsieur       Madame

NOM : ..... Prénom : .....

Date Naissance ..... / ..... / .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Adresse Mail : ..... @.....

Tél. : ..... Tél portable : .....

Entreprise : ..... Adresse.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Catégorie professionnelle : .....

Montant cotisation : **1 % du Salaire NET**

€

*Les cotisations syndicales ouvrent droit à une réduction d'impôt ou à un crédit d'impôt égal à 66% du montant des cotisations payées au cours de l'année précédente.*

Cotisation à partir du : ..... / ..... / ..... Fait à ..... , le ..... / ..... / .....  
Signature :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez

**LA CGT**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **LA CGT**

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 de votre compte pour un prélèvement autorisé.



Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA :

Débiteur :

Créancier :

Votre Nom

Nom

Votre Adresse

Adresse

Code postal

Ville

Code postal

Ville

Pays

Pays

IBAN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BIC

\_\_\_\_\_

Paiement :



Récurrent/Répétitif



Ponctuel

Tiers débiteur

Tiers créancier

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.**