



# 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 :

**Débitteur :**

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal

Ville

Pays

IBAN

BIC

Tiers débiteur

A :

Signature :

Identifiant créancier SEPA :

**Créancier :**

Nom

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Paiement :



Récurrent/Répétitif



Ponctuel

Tiers créancier

Le :



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.**