**Veuillez remplir lisiblement ce formulaire, l'imprimer, le signer et le renvoyer intégralement par courrier postal.**

# Bulletin d'adhésion
# Syndicat national des médias

116, av. du président Kennedy
75220 Paris CEDEX 16
Tél. : 01 56 40 25 65
Fax : 01 45 25 89 82
syndicat@cfdtmedias.org

**Je soussigné(e) ❑ Mlle ❑ Madame ❑ Monsieur adhère à la CFDT**

**Nom**..... . **Prénom**.....

## Adresse personnelle .....

..... .....

.....

C.P. ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville .....

Courriel ..... .....

Date de naissance ⌊_⌊_/⌊_⌊_/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Téléphone ⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_⌋

Téléphone mobile ⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_⌋

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.

## Travail

Profession.....

Cadre ❑ Intermittent ❑ Pigiste ❑

Entreprise .....

Adresse .....

.....

C.P. ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville .....

Téléphone ⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_⌋

Fax ⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_.⌊_⌊_⌋

Temps de travail ..... % **Code APE** .....

Secteur : ❑ Public ❑ Privé

Veuillez indiquer votre **salaire annuel net imposable**.....**€.** Votre cotisation mensuelle sera calculée sur la base de 0,75 % de ce montant divisé par 12, (fournir un justificatif).

## Cotisation.....

**Prélèvement bancaire ❑ OUI ❑ NON**

**Prélèvement effectué tous les 2 mois**

A ce titre, je bénéficie des services réservés aux adhérents CFDT. Je demande par la présente au Syndicat National des Médias CFDT et sauf instructions contraires de ma part lui parvenant 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 difficultés financières personnelles sérieuses, je m'engage à prévenir immédiatement le secrétariat du Syndicat National des Médias CFDT.**

**Date :** ⌊_⌊_/⌊_⌊_/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ **Signature de l'adhérent(e):**

**à remplir par le collecteur ou le syndicat**

Date de la prise en compte administrative de l'adhésion, le ⌊_⌊_/⌊_⌊_/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Section.....

Branche.....

Montant du prélèvement.....

Date du 1er prélèvement, le ⌊_⌊_/⌊_⌊_/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci-dessous. 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 directement avec l'organisme créancier.

| N° NATIONAL D'EMETTEUR |
|---|
| 254894 |

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

❑ Mlle ❑ Madame ❑ Monsieur

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

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

ORGANISME CREANCIER

**Syndicat national des médias CFDT**

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Nom .....

.....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

COMPTE A DEBITER

| Etabliss. | Guichet | N° du compte | Clé R.I.B. |
|---|---|---|---|
| ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ | ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ | ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ | ⌊_⌊_⌋ |

**Date :** ⌊_⌊_/⌊_⌊_/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

**Signature de l'adhérent(e) :**

**Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal**