



**Santé Sociaux
Drôme Ardèche**

17, Avenue Georges BIZET
26000 VALENCE
Tél : 04 75 78 50 67
Mail : syndicat-07-26@sante-sociaux.cfdt.fr
**S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS**

BULLETIN D'ADHESION
SECTION

(à remplir en lettres majuscules SVP)

SECTION :

N° : 10081

M. Mme. NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. Perso :

Si internet :

@

Responsabilités Syndicales :

Etablissement :

Salaire net annuel imposable : (1*) _____ Si temps partiel : _____ %

Montant de la cotisation mensuelle : (1*) divisé par 12 et multiplié par 0,75 % : _____, Euro

Mandat de prélèvement SEPA de cotisations Syndicales ci-joint :

- **Compléter les parties surlignées en gras.**
- **Signature obligatoire.**
- **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire.**

- *Le montant des prélèvements s'élève à deux mois de cotisation le 10 de chaque mois impair.*
- *Sur vos relevés bancaires le prélèvement s'intitule : prélèvement B.F.C.C.*
- *En cas de changement de banque, faire passer un nouveau R.I.B au Trésorier S.D.*
- *En fin d'année, chaque adhérent doit remettre à jour sa cotisation et prévenir le Syndicat du nouveau montant pour modifier le prélèvement.*
- *Pour l'arrêt de cotisations, prévenir le trésorier S.D. rapidement qui fera le nécessaire.*
Inutile de faire soi-même opposition, cela vous en coûterait des frais inutiles.

DATE :

SIGNATURE :

Bulletin à joindre à votre mandat de prélèvement SEPA de cotisation syndicale
et à transmettre à votre secrétaire de section ou à envoyer à:

**Pierre GOMEZ Trésorier Départemental Syndicat CFDT 26/07 Santé-Sociaux
Maison des Syndicats 17 av Georges BIZET 26000 VALENCE.**

Merci !



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

(RUM) délivré par le syndicat : _____

A REMPLIR PAR LE NOUVEL ADHERENT (parties soulignées):

(Joindre obligatoirement un R.I.B.)

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen (SEPA). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément à ces instructions. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée :

Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom / Prénom du débiteur :

Adresse n° et nom de la rue :

Code postal : _____ Ville :

Pays : France

Coordonnées du compte N°IBAN : | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

N°BIC : | _____ |

Nom Du Syndicat CFDT créancier : Syndicat CFDT Santé-Sociaux 26/07

ICS (identifiant créancier SEPA) : FR88ZZZ254894

Adresse : Maison des syndicats
17 Avenue Georges BIZET
26000 Valence France

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Lieu et date : à :

le : __/__/____

Signature du nouvel adhérent :

A retourner à : Syndicat CFDT Santé-Sociaux 26/07
Maison des syndicats
17 Avenue Georges Bizet
26000 VALENCE

Zone réservée à l'usage exclusif de la CFDT / 008 /