



Je soussigné(e) : **NOM** : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le/...../ 19..... à
Si conjoint/PACS est CFTC : NOM : Prénom :

Adresse domicile :
Code Postal : Ville :
Tél. Travail : Domicile : Portable :
Email :@.....

déclare adhérer à la CFTC, Fédérations des Postes et des Télécommunications

Secteur des Postes **Secteur des Télécommunications et des Centres de Relation Client**

Nom et adresse de l'entreprise : Filiale de :
Code NAF (voir feuille de paye 4 chiffres + 1 lettre) _ _ _ _ N°SIRET : (voir feuille de paye 14 chiffres) _ _ _ _ _
Fonction / Service : Département de travail..... Nom du DS ou RSS CFTC : Syndicat rattachement : PT

Agent public Salarié de droit privé Convention collective :

Cadre Non cadre Temps partiel : _ _ % situation particulière d'emploi :

Salaires net mensuel : € Supplément familial ou complément : €

Montant mensuel de cotisation égal à 0,61.% du salaire net mensuel (pour un temps complet et sous réserve d'application du minimum confédéral)
La cotisation donne droit à un crédit d'impôts égal à 66% de son montant.

Prélèvement des cotisations : Mensuel Trimestriel **(joindre un RIB)**

Signature :



Mandat de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFTC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFTC. 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



Identifiant créancier SEPA : FR56ZZZ391561 Référence Unique de Mandat : Votre N°Inaric

Code IBAN du compte crédité (créancier) FR76 1548 9048 1900 0764 2660 190 BIC : CMCIFR2A

Débiteur :

Votre Nom
Votre Adresse
Code postal **Ville**
Pays

Créancier :

Nom Fédération CFTC des Postes et des Télécommunications
Adresse 100 Av de STALINGRAD
Code postal 94800 **Ville** VILLEJUIF
Pays France

IBAN

IBAN input boxes

BIC

BIC input boxes

Paiement :



Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A :

Signature :

Signature box

Le :

Date input boxes

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

Les informations demandées sont nécessaires à des fins d'obligations législatives, réglementaires ou de gestion. Conformément à l'article 27 de la Loi 79-17 du 2 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui vous concerne.