



S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

Scanner le document et le RIB afin de le transmettre par Email à : [cfdt.solvarea@gmail.com](mailto:cfdt.solvarea@gmail.com)

Je soussigné : M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom :		Prénom :		adhère à la CFDT	
Nom de naissance :			Date de naissance :		
Adresse :			Portable :		
CP/ Ville :			Email :		
Date :			Téléphone fixe :		
<b>Signature de l'adhérent :</b>					

Entreprise: <b>SOLVAREA</b>	Téléphone fixe :
Adresse :	Téléphone Fax :
CP/ Ville :	Nb salariés :

<b>Montant de la cotisation :</b> € Numéro de Siret : <b>75114517800032</b> Code NAF : <b>9521Z</b> Cadre : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Branche : <b>COMMERCE SERVICE</b>	La cotisation est calculée sur la base de 0.75% du salaire annuel net divisé par 12 (montant du dernier salaire annuel net imposable) déductible des impôts sur le revenu à la hauteur de 66%
---	---

J'adhère pour la raison suivante:

- Les valeurs de la CFDT
- Pour les élections
- Les positions de la CFDT
- Suite à un conflit avec mon employeur

**LA CFDT  
C'EST TOI, C'EST MOI, C'EST NOUS...**



**Mandat de prélèvement SEPA**

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 : A/ la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; B/ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT. 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

**Joindre obligatoirement un RIB, un RIP ou un RICE ou**

**Syndicat Nom et adresse du créancier:**

Syndicat CFDT

**Établissement teneur du compte à débiter:**

Banque : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

**Adresse du débiteur :**

Nom : ... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

**Coordonnées du compte** N° IBAN Identification internationale du compte bancaire :

IBAN input field with vertical lines for each digit.

N° BIC Code international d'identification de votre banque

BIC input field with vertical lines for each character.

Type de paiement  Paiement récurrent / répétitif

Fait à :

Signature obligatoire

