



## **BULLETIN D'ADHÉSION**

CIVILITÉ :  Monsieur  Madame  Mademoiselle

**NOM** : .....

**PRÉNOM** : .....

SEXE :  Masculin  féminin

NATIONALITÉ :  Française  Autre

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....  
.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE :  Personnel : .....  
 Professionnel : .....  
 Portable : .....

EMAIL : .....

STATUT :  CDD  CDI  Contrat d'insertion  Intérimaire  
 Privé d'emploi  Retraité  Autre

CATÉGORIE :  Agent de maîtrise  Cadre  Employé  
 Enseignant  Ingénieur  Ouvrier  
 Technicien  Autre

SITUATION PROFESSIONNELLE :  Actif  Retraité

DATE D'ADHÉSION : .....

INFORMATIONS CGT :  OUI  NON

NOM DE L'ENTREPRISE : .....

ADRESSE : .....

NOMBRE DE SALARIÉS : .....

**MONTANT COTISATION MENSUELLE : ..... PRÉLÈVEMENT OU CHÈQUE : .....**

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Union Locale  
MONTPELLIER



SYNDICAT CGT COMMERCE ET  
SERVICES MONTPELLIER

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) : .....

A remplir par le syndicat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SYNDICAT CGT COMMERCE SERVICE MPL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT CGT COMMERCE SERVICE MPL. 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.

Veillez compléter les champs marqués \*

Votre Nom \* .....  
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse \* .....  
Numéro et nom de la rue

Code Postal

Ville

Pays

Les coordonnées  
de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Nom du créancier \* SYNDICAT CGT COMMERCE ET SERVICE MPL

Nom du créancier

I.C.S

\* FR90ZZZ629375

Identifiant Créancier SEPA

\* MAISON DES SYNDICATS 474 ALLÉE HENRI 2 DE MONTMORENCY

Numéro et nom de la rue

\* 34000

\* MONTPELLIER

Code Postal

Ville

\* FRANCE

Pays

Type de paiement : \* Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à

\* .....

Lieu

Date JJ MM AAAA

Signature(s) :

\* Veuillez signer ici

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son adhérent-e. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par l'adhérent-e, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Agrafer le RIB/IBAN