

**UNION TERRITORIALE DES RETRAITES
MÉTROPOLE LILLOISE**

ADHÉRENT :

Je soussigné M. Mme Mlle NOM Prénom.....

Nom de naissance Date de naissance :

Adresse : Téléphone :

..... Mobile :

Code Postal : Ville : Mèl personnel :

Compte Twitter :

Compte Facebook :

Compte LinkedIn :

Adhère à la CFDT.

Dernière branche d'activité :

Ancienne profession :

Ancien cadre : Oui Non

Pour le calcul de la cotisation indiquez

Montant annuel net imposable des pensions [Régime(s) de base + complémentaire(s)] :

La **cotisation** est calculée sur la base de **0.50%** du montant **annuel net imposable** des pensions [Régime(s) de base + complémentaire(s)] .

La cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d'impôt de 66%.

La cotisation syndicale est réglée par prélèvements mensuels, ou annuellement par chèque dans le courant du premier trimestre.

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la CFDT d'informer et de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent pas être communiquées à l'extérieur de la CFDT.

Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Date/...../..... Signature de l'adhérent

L'adhésion ne sera effective qu'à la date de règlement de la première cotisation.

.....

Partie réservée à la CFDT – à remplir par la personne recevant le bulletin d'adhésion.

Union Locale de Retraités CFDT de Motivation de l'adhésion :

Ou

Section Syndicale de retraités CFDT

Cotisation mensuelle :€

P. A. C. Oui Non

La **cotisation mensuelle** est calculée sur la base de **0.50%** du montant **annuel net imposable** des pensions [Régime(s) de base + complémentaire(s)] **divisé par 12.**



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

Référence unique du mandat (RUM) délivré par le syndicat : _____

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

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.

Nom / Prénom du débiteur

Adresse

N° et nom de la rue

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Coordonnées du compte N° IBAN

Identification internationale du compte bancaire

N° BIC

Code international d'identification de votre banque

Nom du syndicat CFDT créancier Union Territoriale des Retraités de la Métropole Lilloise

ICS (identifiant créancier SEPA)

FR88ZZZ254894

Adresse

N° et nom de la rue

Bourse du Travail - 254 boulevard de l'Usine

Code postal 59000 Ville LILLE

Pays _____

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif

Signé à (lieu et date JJ/MM/AAAA)

_____/_____/_____

Signature du nouvel adhérent

Veuillez signer ici

A retourner à :

UTR CFDT Métropole Lilloise

254 boulevard de l'Usine
59000 LILLE

Zone réservée à l'usage exclusif de la CFDT