



BULLETIN D'ADHESION

N° ADHESION

Syndicat CFDT METAUX AIX MARSEILLE

Maison des Syndicats, Place Nelson Mandela
BP 49 - 13742 VITROLLES Cedex

Téléphone : 04.42.85.73.75

E-mail : metauxcfdtaixmarseille@orange.fr

AIRBUS Helicopters

Correspondant : Nom : / Prénom : /

Adhèrent

Je soussigné M. M^{me} M^{lle}. Nom. / Prénom. /
Nom de naissance : /
Date de naissance : / / / / Email : /
N° Téléphone : / / / / / N° Portable : / / / / /
Adresse : /
Code postal : / Ville : /
Date d'adhésion : / Cotisation mensuelle : . € / (Prélèvement effectué tous les deux mois)
Coefficient : / PAC : oui non / Cadre : oui non
CODE : APE, NAF, NACE: / Section : / Branche : /
Signature de l'adhérent :

ENTREPRISE : /

Adresse : /
Code postal : / Ville : /
N° Téléphone : / / / / / N° Fax : / / / / /
Matricule : / Temps de travail : . % / Secteur : public Privé /
Nombre de salariés : < 10 < 50 50 à 200 > 200

J'adhère à la CFDT et j'en accepte le fonctionnement. Je suis d'accord pour le prélèvement automatique de ma cotisation. Je signe le mandat de prélèvement ci-dessous. En cas démission : j'adresse un courrier au Syndicat l'adhésion. Le prélèvement sera effectué tous les 2 mois (uniquement les 05 des mois impairs) Ces montants pourront être réajustés en fonction des décisions prises démocratiquement au sein du Syndicat en fonction de l'évolution générale des salaires et du taux de cotisation syndicale.

Important : Joindre obligatoirement
- **Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB/IBAN)**
- **Un Bulletin de salaire récent (pour calcul des cotisations « 0,75% du salaire Net »)**

Mandat de prélèvement SEPA



R.U.M - (NPA)

Débiteur :

Votre NOM : / Votre Prénom : /

Votre Adresse : /

Ville : /

Code Postal : / PAYS : /

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) : **Syndicat CFDT Métallurgie** À envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de : **Syndicat CFDT Métallurgie**

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.



Identifiant créancier SEPA :
Créancier : FR88ZZZ254894
NOM :
Adresse :
Ville :
Code Postal : PAYS : FRANCE

Vos Coordonnées Bancaires

IBAN :
BIC : Paiement : Répétitif/Récurrent Ponctuel

A : / Le : / / /

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

Signature : **Veillez compléter tous les champs du mandat.**