



# BULLETIN D'ADHÉSION

## Partie à remplir par le futur adhérent (salarié ou agent)

Je soussigné(e),

M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ adhère à la CFDT

(Nom de Naissance \_\_\_\_\_)

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Coordonnées personnelles

(Appartement, Chez, ...) \_\_\_\_\_

(Bâtiment, Entrée, ...) \_\_\_\_\_

N° et voie \_\_\_\_\_

(Lieu-dit, ...) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_

Téléphone mobile personnel \_\_\_\_\_

Mèl professionnel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Informations professionnelles

N° SIRET de l'employeur (Il comporte 14 chiffres) \_\_\_\_\_

Code RNE (pour les établissements scolaires, 7 chiffres suivis d'une lettre) \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Profession / Métier \_\_\_\_\_

(Matricule chez l'employeur) \_\_\_\_\_

Type de contrat (si applicable)  CDI  CDD

Situation  Stagiaire  Intérimaire  Demandeur d'emploi

Temps de travail  Complet  Partiel à \_\_ \_\_ %

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

Téléphone mobile professionnel \_\_\_\_\_

Mèl professionnel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nombre de salariés ou d'agents de l'établissement \_\_\_\_\_

Salarié de droit privé Code NACE/NAF de l'entreprise : \_\_\_\_\_

(4 chiffres suivis d'une lettre)

Salarié de droit public

Type de fonction publique  Etat  Territoriale  Hospitalière

Statut de l'agent  Titulaire  Contractuel  Vacataire

(telles que mentionnées sur le bulletin de salaire)

### Adresse professionnelle

(Bâtiment, Entrée, ...) \_\_\_\_\_

N° et voie \_\_\_\_\_

(Lieu-dit, ...) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville (cedex) \_\_\_\_\_

**Pour le calcul de la cotisation** : salaire annuel net imposable = \_\_\_\_\_ €

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

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

Date de signature \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Signature de l'adhérent**

*Les informations nominatives 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 possède un droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.*

## Partie à remplir par le syndicat

Section syndicale (collectif constitué) :

ou

Implantation syndicale (absence de collectif) :

### Calcul de la cotisation mensuelle minimale

Salaire annuel net imposable / 12 x 0.75 % = \_\_\_\_\_ €

Montant de la cotisation mensuelle = \_\_\_\_\_ €

## Informations professionnelles

Statut  Cadre  Non cadre (Cette déclaration par le syndicat est obligatoire)

Motivation de l'adhésion :

Catégorie professionnelle en secteur privé

Cadre  Agent de maîtrise  Employé  Ouvrier  Apprenti

Catégorie dans fonction publique ou assimilée  A  B  C

Corps dans fonction publique ou assimilée \_\_\_\_\_

Si adhérent PAC (prélèvement bancaire automatique), prélèvement effectué tous les

mois  2 mois  3 mois  4 mois  6 mois  12 mois

Service + : jour souhaité du prélèvement  le 5  le 10  le 25

PacSy : jour du prélèvement le \_\_

Montant de chaque prélèvement = \_\_\_\_\_ €

(Montant de la cotisation mensuelle X Périodicité du prélèvement)

Date du premier prélèvement \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

(Pour les syndicats en Service +, vérifier que l'adhérent a bien choisi le jour du prélèvement dans le mois)

### Bulletin recueilli par le/la militant(e) ou l'élu(e)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_

Code IDCC (Identifiant de la convention collective : 4 chiffres) : \_\_\_\_\_

Branche professionnelle \_\_\_\_\_

Groupe \_\_\_\_\_

### Coordonnées ou tampon du syndicat

SYNDICAT CFDT DES SERVICES SAMBRE-ESCAUT

3 RUE JULES MOUSSERON

59220 DENAIN

TEL : - FAX : - MEL : 1g5915q@services.cfdt.fr