



HTR

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CP / VILLE : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
TÉLÉPHONE : .....  
MAIL : .....

SECTION EURODISNEY (branche 6)

ÉTABLISSEMENT : .....  
SERVICE : .....  
PROFESSION : .....  
COEFFICIENT : .....  
CONTRAT : .....

Les informations nominatives ci-dessus ont pour objet de permettre à la Cfdt d'organiser l'action, d'informer, de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent être communiquées à l'extérieur de la Cfdt pour des opérations commerciales ou publicitaires. Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Nouvel adhérent  Modification  Renouvellement

Adhésion recueillie par : .....

Motivation d'adhésion : .....

Statut :  Employé(e)  Agent de maîtrise  Cadre

COTISATION : son montant est égal à 0,75% du salaire net

Salaire net : .....€

Montant de la cotisation : .....€ / mois

Modes de paiement des cotisations :

Par prélèvement automatique (remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous).

Date de prélèvement souhaitée :

le 5 du mois

le 10 du mois

le 25 du mois

L'adhésion prend effet le mois du premier prélèvement. Si vous souhaitez qu'elle soit effective à la date de signature de ce bulletin, il suffit de faire un chèque d'un montant correspondant à la période intermédiaire entre la date d'adhésion souhaitée et la date du premier prélèvement.

Par chèque - Montant : .....€

Pour l'année : .....

Date : Signature :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA RUM (Référence Unique du Mandat) : ..... (à remplir 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 la Cfdt à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte; vous autorisez 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 passé 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 et 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, CP et Ville) : .....

N° IBAN : ..... N° BIC : .....

Créancier : Cfdt HTR - 7/9 rue Euryale Dehaynin 75019 Paris / ICS : FR88ZZZ254894 / Type de paiement :  récurrent / répétitif

Fait à ..... le ..... 201

Signature de l'adhérent :