



Je me syndique à la CGT

Bourse du travail – 44, Cours Aristide Briand 33000 Bordeaux

☎ : 05.56.33.46.80 – ✉ : syndicat@cgtfapt33.fr

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné(e) déclare adhérer à la Fédération des Activités Postales et de Télécommunications CGT
263 rue de Paris – Case 545 – 93515 Montreuil Cedex

Mme M. NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____ Date de naissance : /__/__/____/

e.mail : _____ @ _____ ☎ perso : /__/__/____/

☎ portable : /__/__/____/ ☎ Prof : /__/__/____/

Bureau, Centre, filiale, Entreprise : _____

POSTE TELECOM

Grade fonction publique ou classification : _____ Fonction, métier : _____

CDI CDD Intérimaire Fonctionnaire

J'opte pour le Prélèvement Automatique de mes Cotisations (PAC) : OUI NON

Je désire participer au stage d'accueil OUI NON

Cocher la case si vous désirez RECEVOIR LES INFOS DE LA CGT PAR MAIL OUI NON

Cotisation mensuelle

1% du salaire net :

€

Signature :

DÉDUCTION ou CRÉDIT D'IMPÔT égal à 66 % de la cotisation. Ex : pour 180 € de cotisation par an (correspondant à une cotisation de 15€/mois, soit 1 % d'un salaire de 1500€ nets mensuels), l'État vous rembourse 120€.

Fait à, _____ le _____

Votre cotisation à la CGT ne vous coûte donc que 60€/an.

CODIFICATIONS

(à remplir par le syndicat)

Syndicat Départemental
FAPT GIRONDE

SECTION : /__/__/____/

La Poste

Orange / FT

Secteur Poste

Secteur Télécom

CATEROGIES

UFR AFO

Prétraite INT

UFC CA

ACO CF

ACTIVITÉS / MÉTIERS

Commercial Guichet

Informatique Gestion

Technique Courrier

Colis Achem.

Autre

(préciser : _____)

Mandat de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez(A) CGT FAPT 33 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte aux instructions de CGT FAPT 33.

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.

Référence unique du mandat

Identifiant créancier SEPA : FR16ZZZ657091

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom* : _____

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____

IBAN* _____

Paiement : Récurrent / Répétitif Ponctuel

Le* /__/__/____/ à*

Tiers débiteur si différent du titulaire du compte à débiter

Nom Prénom* : _____

Signature(s)* :

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

*champ à remplir obligatoirement

JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RIB