

Bulletin d'adhésion 2020

Fondée en 1919, la CFTC est très attachée à la justice sociale et privilégie un syndicalisme de dialogue et de négociation. Votre adhésion manifeste votre soutien au mouvement et vous permet d'y prendre part activement.

À la CFTC, vos données personnelles sont protégées.

La sécurité de vos données personnelles a toujours été une priorité pour nous et se renforce encore avec la mise en œuvre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. En remplissant ce bulletin d'adhésion, vous acceptez que la CFTC mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce bulletin, uniquement dans le cadre des activités syndicales de la CFTC : l'information et la formation, l'action syndicale, la consultation, la gestion des cotisations.

En l'occurrence, vous autorisez la CFTC à communiquer avec vous afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses activités via les coordonnées collectées dans ce bulletin. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la CFTC s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'ils soient ou à des fins commerciales, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données. Vous pouvez à tout moment nous demander de rectifier ou de supprimer certaines de vos données de notre base INARIC (fichier informatique confédéral).

Contact CFTC du Délégué à la Protection des Données : dpo-cftc@cftc.fr

Les champs marqués d'un astérisque * sont obligatoires

ADHÉRENT

MME M NOM* : PRÉNOM* :

NOM DE NAISSANCE OU NOM D'USAGE : NÉ(E) LE* : À :

ADRESSE* :

CP* : VILLE* :

PORTABLE* : E-MAIL* :

CATÉGORIE* : OUVRIER/EMPLOYÉ TECHNICIEN/AGENT DE MAÎTRISE CADRE/ASSIMILÉ RETRAITÉ CHÔMEUR

STATUT* : PUBLIC PRIVÉ PROFESSION :

EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE* : TEL EMPLOYEUR :

ADRESSE ETABLISSEMENT DE L'ADHÉRENT * :

CP* : VILLE* :

E-MAIL EMPLOYEUR :

SECTEUR D'ACTIVITÉ* : AGRICULTURE BANQUE CHIMIE COMMERCE COMMUNICATION CONSTRUCTION

ENSEIGNEMENT FONCTION PUBLIQUE INDUSTRIE MÉTALLURGIE POSTE & TELECOM SERVICES TRANSPORTS SANTÉ SOCIAUX

CODE IDCC * : N° SIRET : EFFECTIF DE L'ÉTABLISSEMENT :

Identifiant de Convention Collective, indiqué sur votre fiche de paye Voir fiche de paye (14 chiffres) Salariés

En signant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient enregistrées sur le fichier informatique confédéral INARIC

À : Le : SIGNATURE :

APRÈS ENREGISTREMENT DE VOTRE INSCRIPTION PAR NOS SERVICES
VOUS RECEVREZ UN MAIL VOUS INVITANT À VALIDER VOTRE COMPTE CFTC

CADRE RÉSERVÉ À LA CFTC

CODE INARIC : CODE ORG SYNDICAT : NOM ET PRÉNOM DU DÉLÉGUÉ CFTC (S'IL Y A LIEU)



Barème des cotisations 2020

Montant des cotisations annuelles

Salaire :

Inférieur à 1000 € net / mois : **90 €**

Supérieur à 1000€ net et inférieur à 1200€ net/mois : **114 €**

Supérieur à 1200 € net et inférieur à 1500€ net/mois : **126 €**

Supérieur à 1500 € net et inférieur à 2000€ net/mois : **138 €**

supérieur à 2000 € : **156 €**

Retraités : **54 €**

Réduction 50% pour les chômeurs et les étudiants

Première Adhésion:

Quel que soit le revenu ou la catégorie : 84€ la première année, proratisés à la date d'adhésion, la première adhésion à ce tarif est valable à condition de souscrire au prélèvement automatique.

La cotisation est payable par prélèvement automatique ou exceptionnellement avec au plus 4 chèques remis immédiatement à encaisser trimestriellement, et le mandat sepa rempli et signé pour un démarrage des prélèvements mensuels au 1er janvier 2020.

Merci de joindre une copie de votre dernier bulletin de salaire.

Je règle ma cotisation de € :

Par chèque : Un chèque de € à encaisser immédiatement

Quatre chèques de € à encaisser les / / 2020
..... / / 2020

Par espèces : Montant: € / / 2020
..... / / 2020

Par prélèvement automatique :

Montant : € Nombre d'échéances :

Echéance : Le 5 Le 25

Date de première échéance : / / 2020

A : le : Nom : Signature :

Formulaire à nous retourner à l'adresse ci-dessous, signé, un R.I.B, R.I.P ou un R.I.C.E.

MANDAT DE PRELEVEMENT

N'oubliez de signer et de joindre un RIB

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SYNDICAT CFTC CSFV D'AQUITAINE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SYNDICAT CFTC CSFV D'AQUITAINE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Titulaire du compte

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville : Pays : FRANCE

Désignation du compte à débiter

BIC :

IBAN :

Désignation du créancier : SYNDICAT CFTC CSFV D'AQUITAINE

Identifiant du créancier SEPA : FR68ZZZ621623

Type de paiement : RECURRENT

A : Signature obligatoire

Le :