

BULLETIN D'ADHESION



Je soussigné(e), déclare adhérer à la
**Fédération Nationale des Salariés du Secteur des
Activités Postales et de Télécommunications CGT**
263, rue de Paris -case 545- 93515 Montreuil Cedex

Mme M. NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N° Sécurité Sociale : _____

Entreprise : _____ Site et ville : _____

Classifications : Employé AM Cadres Grade : _____

Fonction/Métier : _____ Indice ou coef : _____ Salaire Net : _____

Temps complet Temps partiel Année d'entrée dans l'entreprise : _____

A _____, le ____ / ____ / ____

Signature : _____

Je désire le prélèvement automatique de mes cotisations : Non Oui

Codifications (à remplir par le syndicat)

Département : **CGT FAPT 20A**

Section : _____

Activité : Poste Télécom

Catégories

- Cadre
- Retraité-e
- Pré-retraité-e
- Fonctionnaire
- CDI
- CDD
- Intérim
- Apprenti-e

Activités

- Encadrement
- Activités financières
- Recherche - Innovation
- Relation client à distance
- Marketing
- Informatique
- Accueil physique clientèle
- Distribution tout objet
- Transport - Acheminement
- Collecte - Tri
- Technique-Interventions-SAV
- Commerciale - Vente
- Fonct° transverses - Gestion

**Cotisation
Mensuelle
1 %**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **CGT FAPT 20A** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la **CGT FAPT 20A**.

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 **FR39ZZZ643097**

Titulaire du compte à débiter

NOM, Prénom * : _____

Adresse * : _____

Code Postal * : _____ Ville * : _____

Créancier

**SYNDICAT DEPT CGT FAPT
RESIDENCE U PIOPU BAT E
RUE CDT BIANCAMARIA
20090 AJACCIO**

IBAN *

Joindre un RIB, S.V.P.

Paiements : Récurrent / Répétitif Ponctuel

Le* , A* _____

Tiers débiteur si différent du titulaire du compte à débiter

NOM, Prénom * : _____

Signature(s) *