



Cfdt: Syndicat National des Transports Urbains

47- 49 Avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS Cédex 19 Tél: 01 56 41 56 30 - Fax: 01 56 41 56 33 - E-mail sntu@fgte-cfdt.org

S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné M Mme Melle adhère à la CFDT

Date de naissance: ____/____/____ Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone: _____ Mobile _____ E-mail _____

Nom de jeune fille _____ Date d'entrée dans l'entreprise: ____/____/____

Date d'adhésion (premier prélèvement): ____/____/____ Signature de l'adhérent

Partie à remplir par le collecteur de la section

Nom de la section (réseau) : ____ Kéolis Dijon ____ Union Régionale ____ Département ____

Adhérent Cadre OUI NON / Temps travail de l'adhérent: _____ Salaire net annuel imposable: _____ €

Montant de la cotisation prélevée _____ Métier (CR, AM, Adm, Vérif, etc) _____

Coefficient _____ Valeur du point ____ Ancienneté ____/an

**La cotisation est calculée sur la base de 0.85% (défense pénale comprise) du salaire net annuel divisé par 12.
Les prélèvements sont effectués le 5 de chaque mois**

Correspondances de l'entreprise:

Adresse: **Kéolis Dijon 49 Rue des ateliers**

Code postal **21000** Ville **Dijon** Email: _____

Téléphone: **03 80 58 39 39** Fax: _____ Nombre d'effectif **720** Groupe : **Kéolis**

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.

Autorisation de prélèvement: J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet tous les prélèvements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerais le différend avec l'organisme créancier.

NOM PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE
M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
Établissement Guichet N° du compte Clé RIB
.....
IBAN (international Bank Account number)
.....

N° NATIONAL EMETTEUR: 420337
Organisme créancier
SNTU CFDT 47 - 49 AVENUE SIMON BOLIVAR 75950 PARIS CEDEX 19 Nom et adresse de l'Établissement teneur du compte à débiter
Nom.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....
BIC (Bank identification Code) :

Date : ____/____/____ et signature de l'adhérent

**Joindre obligatoirement
un relevé d'identité Bancaire ou Postal**