

BULLETIN D'ADHÉSION



SOI

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ____/____/____ à _____

Adresse personnelle : _____

Adresse professionnelle : _____

Tél personnel : _____ Tél prof. : _____

Mail personnel : _____

Mail prof : _____

Grade : _____ Spécialité : _____

Direction : _____ Service : _____

Je souhaite me former ? _____ Je souhaite militer ? _____

Montant de la cotisation mensuelle : _____ €

(1% du traitement, remboursé à 66%. Ex: traitement de 1456€, cotisation de 14€/mois, coût réel de 4,76€)

Traité le : ____/____/____

+ + 0 6 9 0 1 1 2 8 2 1 0 2 5 0 0 0 8 0

RUM - Référence unique de Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CGT EVSPC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le syndicat que pour la gestion de sa relation avec son syndiqué. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Créancier : FR 23 ZZZ 649108 (ICS - Identifiant Créancier SEPA)

Syndicat CGT EVSPC

3 rue du Château d'Eau, 75010 Paris

Mail. cgtevspc@paris.fr

Tél. 01 44 52 77 10

Paiement récurrent et répétitif

Débiteur :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

IBAN : _____

BIC : _____

Fait à _____

Le _____

Signature

cadre réservé au créancier