

SYNDICAT CGT JCDECAUX

BULLETIN D'ADHESION

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Email _____

Agence _____ Profession _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Catégorie : Ouvrier Employé

Signature : Technicien/Agent de Maîtrise Cadre

DEMANDE DE PRELEVEMENT DE COTISATION SYNDICALE

NOM

PRENOM

DATE DU PREMIER PRELEVEMENT : ____ / ____ / 20 ____

MONTANT DU TIMBRE MENSUEL* : ____ , ____ €

PRELEVEMENT OU PAIEMENT EFFECTUE TOUS LES : ____ (1, 2, 3, 6 ou 12 MOIS)

MONTANT DE CHAQUE PRELEVEMENT OU PAIEMENT : ____ , ____ €

* le montant de votre timbre mensuel correspond à 1% de votre salaire net mensuel.

Chaque cotisation versée au syndicat ouvre droit à un crédit d'impôts égal à 66 % du montant des cotisations payées. (Exemple : une cotisation mensuelle à 15€ coûte réellement 5€ par mois au syndiqué)

Pensez à remplir le document SEPA ci-joint afin de valider l'autorisation de prélèvement auprès de votre organisme bancaire.



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **SYNDICAT CGT JCDECAUX** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SYNDICAT CGT JCDECAUX**. 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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 70 ZZZ 500240

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays : **France**

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **SYNDICAT CGT JCDECAUX**
Adresse : **263 rue de Paris
Case 426**
Code postal : **93514**
Ville : **MONTREUIL CEDEX**
Pays : **France**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

_____ (_____)

Type de paiement récurrent :

DATE DU PREMIER PRELEVEMENT : ^{J J M M A A} ___ / ___ / ___ MONTANT DU TIMBRE MENSUEL : ___ , ___ €

PRELEVEMENT EFFECTUE TOUS LES : _____ MONTANT DE CHAQUE PRELEVEMENT : _____ , ___ €

(1, 2, 3, 6 ou 12 MOIS)

A (lieu) : _____

Signature :

Le (date) : ___ / ___ / 20 ___

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

Rappel : En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par **SYNDICAT CGT JCDECAUX**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec **SYNDICAT CGT JCDECAUX**.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)