

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.