BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e), déclare adhérer à la **Fédération Nationale des Salariés du Secteur des Activités Postales et de Télécommunications CGT**

256 bld de l'usine CS 20111 59035 Lille cedex tel : 03.20.53.93.05 Mail : fapt@faptcgt59.com

☐ Mme ☐ Mlle ☐ Mr NOM : _____ _____ Prénom : _____

Date de naissance : / / N° de Sécurité Sociale : /...../...../...../...../...../...../...../

Adresse : _____

Suite adresse _____ _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____Téléphone : _____

Entreprise : _____ Site et ville : _____

Classifications(1) : Employé, Technicien, AM, Cadres : _____ Grade : _____Salaire _____

Fonction/Métier : _____ Indice ou coefficient : _____

Année d'entrée dans l'entreprise : _____

Temps complet ☐ Temps partiel ☐

Je désire le prélèvement automatique de mes cotisations OUI ☐ NON ☐

A _____, le _____ Signature :

Codifications

Syndicat Départemental :

Section : .....

Activités Postales ☐
Activités Télécom ☐

Catégories		Activités	
Cadres	☐	Commerciale	☐
Retraités	☐	Gestion	☐
Pré-retraités	☐	Technique	☐
Fonctionnaire	☐	Acheminement	☐
CDI	☐	Distribution	☐
Autres : _____		Colis	☐
_____		Guichet	☐
Cotisation		Sce Financier	☐
Mensuelle		Informatique	☐
1%		Ctre d'appel	☐

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) FAPT CGT NORD à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de FAPT CGT NORD

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 FR84ZZZ610083

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom* : .....

Adresse* : .....

.....

Code postal* : ..... Ville* : .....

Créancier : FAPT CGT NORD

IBAN* _____

Paiement : ☐ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

Tiers débiteur si différent du titulaire du compte à débiter

Nom Prénom* : .....

Le* _____ A*

Signature(s)* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

***champs à remplir obligatoirement**