



**SOCFI**

Syndicat Régional des Finances d'Occitanie.  
UD CFDT Aude – 51 rue A. Armagnac – 11000 Carcassonne  
Mel : [socfi@finances.cfdt.fr](mailto:socfi@finances.cfdt.fr)

## BULLETIN D'ADHESION CFDT-SOCFI

Je soussigné Monsieur      Madame      adhère à la CFDT  
(Nom et Prénom)

Nom de naissance :

Date de naissance :      /      /

Adresse personnelle :

Code postal :      Ville :

MEL personnel :

TEL perso :

STRUCTURE PROFESSIONNELLE :

DGFIP    DOUANES    INSEE    EMA  
CCRF    DDI    DIRECCTE    AUTRE précisez :

Adresse professionnelle :

MEL pro :

TEL pro :

Catégorie : A  B  C       Grade :      Echelon :

Indice :      Temps de travail : .....%

Où souhaitez-vous recevoir votre presse syndicale ? : adresse personnelle  professionnelle

*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.*

Le : ...../...../.....      **Signature de l'adhérent :**

**Vous adhérez au syndicat régional Finances CFDT d'Occitanie CFDT-SOCFI**

**BULLETIN : 1<sup>ère</sup> adhésion     Mutation     Ré-adhésion**

**PARTIE À REMPLIR PAR LE COLLECTEUR OU TRESORIER**

Date de l'adhésion : ...../...../.....      Section : .....

Branche .....

PAC      oui       non

Le prélèvement automatique de la cotisation (PAC) s'effectue mensuellement (le 5 de chaque mois).

Date du 1er prélèvement : ...../...../.....



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

Référence unique du mandat (RUM) délivré par le syndicat : \_\_\_\_\_

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

A/ la Cfdt à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ;

B/ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Cfdt. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom / Prénom du débiteur \_\_\_\_\_

Adresse N° et nom de la rue \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays FRANCE

Coordonnées du compte N° IBAN Identification internationale du compte bancaire \_\_\_\_\_

N° BIC Code international d'identification de votre banque \_\_\_\_\_

Nom du syndicat Cfdt créancier \_\_\_\_\_

ICS (identifiant créancier SEPA) \_\_\_\_\_

Adresse N° et nom de la rue \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Type de paiement  Paiement récurrent / répétitif

Signé à (lieu et date JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Signature du nouvel adhérent

Veillez signer ici

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif de la Cfdt