



FINANCES
PAYS DE LA LOIRE

CFDT SYREFI Pays de la Loire

9 place de la Gare de l'État

case postale 9

44276 Nantes cedex 2

Tel : 02,51,83,29,03 – mail : syrefi@finances.cfdt.fr

Je Soussigné(e)

civilité ☐ M. ☐ Mme

NOM

Prénom

nom de naissance

date de naissance

__ / __ / ____

coordonnées personnelles

N° et voie

complément (bat, esc, chez..)

code postal

ville

téléphone domicile

__ - __ - __ - __ - __

téléphone mobile

__ - __ - __ - __ - __

mèl personnel

@

coordonnées professionnelles

section syndicale

service

N° et voie

complément (bat, esc, chez..)

code postal

ville

téléphone professionnel

__ - __ - __ - __ - __

téléphone mobile pro

__ - __ - __ - __ - __

mèl professionnel

@

fonction publique

état

statut

☐ titulaire ☐ contractuel

temps de travail

☐ complet ☐ partiel à __ %

catégorie

☐ A ☐ B ☐ C

grade

cotisation

Salaire annuel net imposable

_____ €

calcul de la cotisation mensuelle

= (salaire annuel net imposable / 12) x 0,75 %

ouvre droit à crédit d'impôt de 66%

prélèvement automatique

☐ OUI : compléter SEPA + RIB

mensuel le 5

☐ NON

prévision départ en retraite

année ____

Date

__ / __ / ____

signature

Les information en gras sont indispensables

Les informations nominatives ont pour objet de permettre à la CFDT d'informer et de consulter ses adhérents.

Ces informations ne peuvent pas être communiquées à l'extérieur de la CFDT.

Chaque adhérent possède un droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique de mandat (RUM)
délivrée par le syndicat :

Le « mandat de prélèvement SEPA* » est le document officiel nécessaire pour effectuer des prélèvements.

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 passé avec elle.

Toute demande de remboursement devra être présentée :

1. Dans les 8 semaines qui suivent la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
2. 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 voie			
Code Postal		Ville	Pays
Coordonnées du compte N° IBAN Identification internationale du compte bancaire			
Nom du syndicat CFDT	SYNDICAT CFDT REGIONAL ECONOMIE FINANCES IND. PAYS DE LA LOIRE		
ICS (identifiant créancier SEPA)	FR88ZZZ254894		
Adresse N° et nom de la voie	9 PLACE DE LA GARE DE L ETAT		
Code Postal	44276	Ville	NANTES CEDEX 2
		Pays	FRANCE
Signé à (lieu)	Le / /		
	(JJ/MM/AAAA)		

Signature Veuillez signer ici

A retourner à :
SYNDICAT CFDT REGIONAL ECONOMIE FINANCES IND. PAYS DE LA LOIRE
9 PLACE DE LA GARE DE L ETAT CASE POSTALE N9
44276 NANTES CEDEX 2
02 51 83 29 03
syrefi@finances.cfdt.fr