



Union des Syndicats CGT de la Mayenne  
17, rue St Mathurin - B.P. 91017 - 53010 LAVAL Cedex  
Tél. : 02.43.53.20.73 - Fax : 02.43.56.94.72  
Mel : cgt.mayenne@wanadoo.fr

Cadre réservé UD

Collect on line :

CoGiTiel :

1<sup>er</sup> prél. :

## BULLETIN D'ADHÉSION

Mr  Mme

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

Date de naissance : .....

Téléphone Domicile : ..... Téléphone Travail : .....

Portable : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Lieu de travail : .....

Profession : ..... Code APE (sur le bulletin de salaire).....

Le montant de ma cotisation mensuelle est de : .....

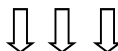
Le prélèvement bimestriel sera de : .....

### Montant de la cotisation et mode de versement

La cotisation mensuelle est de 1 % du salaire net. Ce montant pourra être réajusté annuellement en fonction des décisions prises au sein de mon syndicat suivant l'évolution générale des salaires. Ce prélèvement est effectué par bimestre, le 10 des mois pairs (février - avril - juin - août - octobre - décembre).

Je choisis le prélèvement automatique  OUI  NON

**À remplir, dater et signer LE MANDAT ci-dessous si vous choisissez le prélèvement automatique - Joindre obligatoirement un R.I.B. -**



**MANDAT de prélèvement SEPA** En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'UD CGT de la MAYENNE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'UD CGT de la MAYENNE. 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 Créancier Sepa  
FR59ZZZ263079

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

**Union Départementale CGT de la Mayenne**

BP 91017  
17, rue St Mathurin  
53010 LAVAL CEDEX

IBAN (International Bank Account number)

FR\_ \_ \_ \_ \_

NOM ET ADRESSE POSTALE DE VOTRE BANQUE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE :

SIGNATURE DU DÉBITEUR :