



BULLETIN 2019 D'ADHÉSION (ou suivi adhésion en ligne)

au SYNDICAT des TRAVAILLEURS de l'ENSEIGNEMENT PRIVE. STEP C.F.D.T. de Loire-Atlantique
9 place de la Gare de l'État – Case postale N° 9 – 44276 NANTES CEDEX 2 Mail : loire.atlantique@fep.cfdt.fr

NOM : Prénom : Date de naissance : ... / ... / ...

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

N° téléphone : Courriel :@.....

Établissement Nom : Ville :

- **Personnel de droit public** : Élémentaire - Collège - Lycée (Gal / Technologique/ Agricole) - Supérieur - Hors Contrat
Catégorie : Professeur des écoles / professeur certifié / agrégé / PLP / maître auxiliaire
Echelle de rémunération : classe normale / Hors classe / Classe exceptionnelle
Matière :
- **Personnel de droit privé : (préciser le secteur d'activité)**
- **À temps partiel** : non - oui (préciser le nombre d'heures : heures / heures).

RAPPEL : L'adhésion syndicale donne droit à un crédit d'impôt : 2/3 du montant de la cotisation

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.

PRELEVEMENT AUTOMATISE DES COTISATIONS

demande de PAC à envoyer **1 mois avant** la date du 1^{er} prélèvement

Par la présente, je demande au S.T.E.P. - C.F.D.T. de Loire-Atlantique, et sauf instructions contraires de ma part lui parvenant en temps utile (**délai d'un mois**), de faire prélever en sa faveur les sommes que je lui devrai au titre de paiement de mes cotisations. En cas de non-exécution, j'en serai avisé(e) par ses soins.



Les informations contenues dans ce document ne seront utilisées que pour les seules nécessités de gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1.4.80 de la Commission Informatique et Libertés.

NOM (en lettres capitales)

Prénom

M^{me} - M^{lle} - M.

Date du 1^{er} prélèvement MENSUEL : 05 / / 2019

Montant mensuel (*) : , ... euros

(cotisation mensuelle : 0.75% du salaire net mensuel)

PARTIE A REMPLIR PAR L'ADHERENT

(*) Ces montants pourront être réajustés annuellement en fonction des décisions prises par le conseil syndical.

NE PAS OUBLIER DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ou POSTAL

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

NUMERO ICS CFDT : FR88ZZZ254894

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

Vos Nom, Prénom et adresse :

.....
.....
.....
.....

Coordonnées du Compte N°IBAN à débiter

Identification internationale du compte bancaire

N°BIC

Code International d'Identification de votre banque

Type de paiement : paiement récurrent/répétitif

Nom et adresse de votre banque :

.....

Syndicat Créancier :

STEP-CFDT Loire-Atlantique
ICS FR88ZZZ254894
9 Place de la Gare de l'Etat
Case Postale N°9
44276 NANTES cedex 2

Date : Signature :