



S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

Syndicat National des Transports Urbains

47- 49 Avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS Cedex 19 Tél: 01 56 41 56 32 - Fax: 01 56 41 56 33 - E-mail sntu@fgte.cfdt.fr

BULLETIN D'ADHESION

Matricule

Je soussigné - e M. Mme Nom : Prénom : adhère à la CFDT

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Date d'entrée dans l'entreprise : ____ / ____ / ____ Coefficient : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Portable : _____ Téléphone fixe : _____ E-mail : _____

Je ne souhaite pas recevoir d'informations syndicales par sms et/ou par mail : du syndicat national de la section

Date d'adhésion (1^{er} prélèvement) : ____ / ____ / ____ Signature de l'adhérent

Autorisation de prélèvement : J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet tous les prélèvements ordonnés par l'organisme créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent avec l'organisme créancier.

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN (Identifiant International de compte bancaire)

FR

Date : ____ / ____ / ____

Signature de l'adhérent :

N° NATIONAL EMETTEUR : 420337

Organisme créancier

SNTU CFDT
47/49 Avenue Simon Bolivar
75950 Paris Cedex 19

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal. En cas d'incident de prélèvement, l'adhérent doit s'acquitter de sa cotisation auprès de sa section par chèque à l'ordre du SNTU.

Exemple de cotisation après déduction fiscale :

Salaire net	cotisation mensuelle	déduction fiscale ou crédit d'impôt	cotisation réelle
18 000 €	12.75 €	8.42 €	4.33 €
23 000 €	16.29 €	10.75 €	5.54 €
28 000 €	20.19 €	13.32 €	6.87 €

Partie à remplir par le correspondant de cotisations

La cotisation est calculée sur la base de 0.85% (défense pénale comprise) du salaire net annuel divisé par 12. Les prélèvements sont effectués le 5 de chaque mois.

Nom de la section (ville du réseau) : CFDT SEMITAN Union Régionale : Pays de la Loire

Département : 44 Adhérent Cadre OUI NON Valeur du point : ____ Ancienneté : ____ ans Ancienneté : ____ %

Temps travail de l'adhérent : ____ Nbr de mois de salaire : ____ Salaire net annuel imposable : ____ €

Métier (CR, AM, Adm, Vérif, etc) : _____

Coordonnées de l'entreprise, nom commercial : SEMITAN

Adresse : 1 rue Béllier N° SIRET : _____

Code postal : 44000 Ville : NANTES Email : _____

Téléphone : 02 51 81 77 00 Fax : _____ Effectif : 1950 Groupe : _____

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.