

Bulletin d'adhésion



Fondée en 1919, la CFTC est très attachée à la justice sociale et privilégie un syndicalisme de dialogue et de négociation. Votre adhésion manifeste votre soutien au mouvement et vous permet d'y prendre part activement.

À la CFTC, vos données personnelles sont protégées.

La sécurité de vos données personnelles a toujours été une priorité pour nous et se renforce encore avec la mise en œuvre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. En remplissant ce bulletin d'adhésion, vous acceptez que la CFTC mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce bulletin, uniquement dans le cadre des activités syndicales de la CFTC : l'information et la formation, l'action syndicale, la consultation, la gestion des cotisations.

En l'occurrence, vous autorisez la CFTC à communiquer avec vous afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses activités via les coordonnées collectées dans ce bulletin. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la CFTC s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'ils soient ou à des fins commerciales, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données. Vous pouvez à tout moment nous demander de rectifier ou de supprimer certaines de vos données de notre base INARIC (fichier informatique confédéral).

Les champs marqués d'un astérisque * sont obligatoires

ADHERENT

MME MR NOM* :

PRENOM* :

NOM DE NAISSANCE OU NOM D'USAGE :

NE(E) LE* :

A :

ADRESSE* :

CP* :

VILLE* :

PORTABLE* :

E-MAIL* :

CATEGORIE* : OUVRIER/EMPLOYE TECHNICIEN/AGENT DE MAITRISE CADRE/ASSIMILE RETRAITES PNM

STATUT* : PUBLIC PRIVE

EFFECTIF DE L'ETABLISSEMENT :

EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE* :

TEL EMPLOYEUR :

ADRESSE ETABLISSEMENT DE L'ADHERENT * :

CP* :

VILLE* :

PROFESSION :

INDICE :

En signant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient enregistrées sur le fichier informatique confédéral INARIC

À :

Le :

SIGNATURE :

APRÈS ENREGISTREMENT DE VOTRE INSCRIPTION PAR NOS SERVICES
VOUS RECEVREZ UN MAIL VOUS INVITANT À VALIDER VOTRE COMPTE CFTC

CADRE RESERVE A LA CFTC

CODE INARIC :

CODE ORG SYNDICAT :

NOM ET PRENOM DU DELEGUE CFTC (S'IL Y A LIEU)

CFTC des personnels de l'APHP-02 rue Saint-Martin-75004 Paris
Tél :01-40-27-40-54 ou 55 Mail : syndicat.cftc.sap@aphp.fr

MANDAT de Prélèvement SEPA

Syndicat CFTC AP-HP



Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Le Syndicat CFTC de l'AP-HP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat CFTC de l'AP-HP.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom *
Nom / Prénoms du débiteur
Votre adresse *
Numéro et nom de la rue
* *
Code Postal Ville
*
Pays

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)
*
Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Nom du créancier **SYNDICAT CFTC DE L'AP-HP**
Nom du créancier
I.C.S **FR68ZZZ497657**
Identifiant Créancier SEPA
2 - 4 RUE SAINT MARTIN
Numéro et nom de la rue
75004 **PARIS**
Code Postal Ville
FRANCE
Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à *
Lieu Date JJ MM AAAA

Signature(s) : * Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {NOM DU CREANCIER} et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
Code identifiant du tiers débiteur
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
Code identifiant du tiers créancier
Contrat concerné
Numéro d'identification du contrat
Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : Zone réservée à l'usage exclusif du créancier