



**SYNDICAT NATIONAL DES PERSONNELS  
DES CHAMBRES DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE**

**A renvoyer avec un RIB :**

**CFDT/CCI**

**9 rue Coquillière – 75001 PARIS**

**Tél. : 07-87-12-50-40 – permanence@cfdt-cci.com**

## BULLETIN D'ADHESION

Madame\*

Monsieur \*

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Tél : ..... Adresse mél : .....@.....

CCIR – CCIT : ..... Code APE : **911 A**

Cadre\* Non cadre\* Travail à temps partiel \* Pourcentage : ..... %

Métier .....

*\* Entourer la mention adéquate*

J'adhère à la CFDT-CCI à compter du ..... (1).

Mon salaire annuel net est de ..... € (2)

Ma cotisation mensuelle calculée sur la base  
de 0,75% du salaire annuel net divisé par 12 est de ..... €.

Mon paiement sera automatisé. Il aura lieu tous les 5 du mois (périodicité fixée par le syndicat).

Avec mon adhésion, je bénéficie des services réservés aux adhérents CFDT. Je demande par la présente au syndicat désigné ci-dessous et sauf instructions contraires de ma part lui parvenant en temps utile, de faire prélever en sa faveur, les sommes que je lui devrai au titre du paiement de mes cotisations. En cas de non-exécution, je serai avisé par ses soins. 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.

(1) Cette date est le premier jour du mois pour lequel ma cotisation a été versée

(2) Montant du dernier salaire annuel net imposable

### PARTIE RESERVEE AU SYNDICAT CFDT/CCI

9 rue Coquillière - 75001 PARIS

Date du premier prélèvement : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ avec prélèvement effectué tous les 5 du mois.

Cotisation mensuelle : .....€ Montant de chaque prélèvement .....€

Section syndicale :

Signature du trésorier CFDT/CCI,



**A REMPLIR PAR L'ADHERENT  
MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

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 ci-dessous. Je veillerai à ce que mon compte soit approvisionné. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec l'organisme créancier.

**Date** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature :**  
**(obligatoire)**

**Je joins un relevé d'identité bancaire.**

<b>N° NATIONAL EMETTEUR</b>
254 894

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE		ORGANISME CREANCIER
Madame*                      Monsieur* NOM PRENOM..... Adresse..... Code postal..... VILLE.....		CFDT/CCI 9 rue Coquillière 75 001 PARIS
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	NOM, ADRESSE ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER	
IBAN _____ BIC _____ Domiciliation _____ Intitulé du compte _____	NOM: Adresse:	

\* Entourer la mention adéquate

**Rappel crédit d'impôts :** Les adhérents bénéficient tous de 66% de remboursement sur le montant de leur cotisation annuelle. Il y a lieu de vérifier auprès de l'administration fiscale les règles applicables pour l'année 2021.