

SPIF CFTC

Bulletin d’adhésion



Une assistance personnalisée et l’accès à notre service juridique

La solidarité d’équipes syndicales qui connaissent vos problèmes professionnels

**Mme**  **M**  **NOM** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Né(e) le : 00/00/0000**

La presse syndicale:

La Vie à Défendre

Et La Vie Hospitalière

**Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Accès aux Avantages Culture et Loisirs

**Code Postal :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Ville :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Portable :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***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).*

**Courriel : Obligatoire**

**Catégorie :** Choisissez un élément.

**Emploi occupé :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

RGPD : Contact CFTC du Délégué à la

Protection des Données : [dpo-cftc@cftc.fr](mailto:dpo-cftc@cftc.fr)

**Nom du Groupe, de l’Association, de la Fondation :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom de votre l’établissement :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Numéro de SIRET OBLIGATOIRE : ……………………………………………………………….. Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Code postal :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Ville :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ma cotisation est de** Choisissez un élément. **annuelle**  **Elle est payée par :**  **Prélèvement  Virement  Chèque** |  |





Prélèvement

**AUTORISATION / DEMANDE DE PRELEVEMENT TRIMESTRIEL**

**POUR LA SOMME DE :** Choisissez un élément. **par trimestre**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SYNDICAT CFTC SANTE SOCIAUX PRIVES ÎLE DE FRANCE (SPIF CFTC) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SYNDICAT CFTC SANTE SOCIAUX PRIVES ÎLE DE FRANCE

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 tous les champs du mandat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tiers débiteurs** | | | |
| **Débiteur (nom de la banque)** | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **Votre nom** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Votre adresse** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Code postal** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Ville** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Pays** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IBAN** | **\_ \_ \_ \_** | **\_ \_ \_ \_** | **\_ \_ \_ \_** | **\_ \_ \_ \_** | **\_ \_ \_ \_** | **\_ \_ \_ \_** | **\_ \_ \_ \_** | **\_ \_ \_** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIC** | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | Paiement | **X** | | Récurrent/Répétitif trimestriel à terme échu  (5 janvier, le 5 avril, le 5 juillet, 5 octobre) |
| **Tiers créancier**  Identifiant créancier SEPA : **FR79ZZZ646742**  Créancier : **SYNDICAT CFTC SANTE et SOCIAUX PRIVES d’ÎLE DE France**  Nom : **SPIF CFTC**  Adresse : **59 rue de la Chine**  Code postal : **75020** Ville : **PARIS**  Pays : **FRANCE** | | | | Fait à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Signature (précéder de Lu et Approuvé) : Choisissez un élément. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titulaire du compte :   Syndicat CFTC Santé Sociaux Privé IDF | | | |
| Domiciliation :      CCM Courbevoie – Pont de Levallois | | | |
| Code banque | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB |
| 10278 | 06154 | 00020131501 | 27 |
| IBAN : FR76 1027 8061 5400 0201 3150 127 | | SWIFT BIC : CMCIFR2A | |

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