



Pour que mon **métier** soit valorisé, ma **vie** respectée, ma **santé** protégée,
j'adhère à la Confédération Française Démocratique du Travail – **CFDT CADS**

1^{er} syndicat pour les salariés du privé depuis le 31 mars 2017

1^{er} syndicat pour les salariés du public depuis le 4 décembre 2018

Je, soussigné, ☐ M. ☐ Mme _____ née (pour les dames) _____

le ____/____/____ à _____ demeurant _____

Agence/Service _____ Statut CADRE : ☐ OUI ☐ NON Temps partiel à ____%

Email (**perso** pour envoi attestation fiscale) _____

Tél : ____/____/____/____/____ Mobile : ____/____/____/____/____

Votre protection syndicale a un coût comme votre protection familiale et sociale...

La cotisation représente 0,75 % de votre dernier salaire annuel net imposable, sachant que **66 % de ce montant vous seront rétrocédés via votre IR à A+1** sous forme de crédit ou réduction d'impôts.

Exemple : prenons un montant moyen annuel net de 22 000 €.

Votre cotisation mensuelle réelle sera de $(22\,000 \times 0,75 \%) / 12 = 13,75 \text{ €} - 66 \% = 4,68 \text{ € nets par mois}$ après déduction ou remboursement par les impôts.

Indiquer au choix :

- le montant du dernier **salaire annuel net imposable** : _____ € et le trésorier calculera votre cotisation.
- ou directement le montant de la cotisation à prélever **mensuellement** : _____ €. Le 1^{er} prélèvement se fait le 5 du mois suivant l'adhésion.

Fait à _____, le _____

Signature

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.

Respecter votre choix en toute confidentialité et anonymement est une volonté prégnante de la CFDT

Renvoyez votre **bulletin d'adhésion** et un **IBAN** à contact@cfdt-ca-des-savoie.fr ou à **l'élue(e) CFDT qui vous a contacté** ou par courrier postal : **SGA des Savoie-24 rue de la crête-74960 CRAN GEVRIER.**



POURQUOI ADHÉRER



ADHÉREZ EN LIGNE

Pour en savoir + RDV sur cfdt.fr



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À REMPLIR PAR LE FUTUR ADHÉRENT

Référence unique du mandat
(RUM) délivré par le syndicat :

Recto

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 que vous avez 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.

Nom / Prénom du débiteur

Adresse

N° et nom de la rue

Code postal

Ville

Pays

Coordonnées du compte N° IBAN

Identification internationale du compte bancaire

N° BIC

Code international d'identification de votre banque

Nom du syndicat CFDT créancier

ICS (identifiant créancier SEPA)

Adresse N° et nom de la rue

Code postal

Ville

Pays

Type de paiement



Paiement récurrent / répétitif

Signé à (lieu et date JJ/MM/AAAA)

Signature
du nouvel adhérent

Veuillez signer ici

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif de la CFDT