



# BULLETIN D'ADHÉSION

**Cfdt:**

**COMMUNICATION  
CONSEIL CULTURE**

S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

**CFDT - Fédération Communication Conseil Culture**  
47-49 avenue Simon Bolivar 75950 PARIS Cedex 19  
tél.: +33(0)1 56 41 54 00 - fax: +33(0)1 56 41 54 01 - email: f3c@f3c.cfdt.fr

f3c-cfdt.fr



- Une défense personnalisée** avec des juristes, des avocats, des conseillers prud'homains et des militants à votre disposition.
- Une réduction d'impôts** :  
- pour les personnes imposables :  
égale à 66% des sommes versées ;  
- pour les personnes non imposables : crédit d'impôt.
- Une caisse de solidarité** en cas de grève avec une indemnité de 16€/jour, versée à partir du 3<sup>ème</sup> jour de grève.
- Un droit d'expression**
- Une formation syndicale**
- Une information régulière**

**MÉDIAS**  
Edition  
Audiovisuel  
Presse écrite  
Industries graphiques  
Journalistes

**CULTURE, ANIMATION,**  
SPORT  
Cinéma  
Animation  
Culture  
Sport

**CONSEIL, PUBLICITÉ**  
Activités comptables  
Ingénierie  
Informatique  
Routage

**TELECOMS,**  
**PRESTAIRES**  
Prestataires du tertiaire  
Télécommunications

**POSTES, FINANCES,**  
**DISTRIBUTION**  
Activités postales  
Finances publiques  
Distribution directe  
Portage de presse

Bureaux d'études  
Sondage  
Conseil  
Publicité  
Fores  
Salons  
Palais des congrès

## COORDONNÉES DU FUTUR ADHÉRENT

Madame  Monsieur  
Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse personnelle : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone (personnel) : .....  
Portable : .....  
Email (personnel) : .....

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Nom de l'entreprise : .....  
Groupe : .....  
Établissement : .....  
Lieu de travail : .....  
SIRET\* : ..... Code APE/NAF\* : .....  
Convention collective (IDCC)\* : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone (professionnel) : .....  
Email (professionnel) : .....  
Métier / Fonction : .....

### BULLETIN À RENVoyer AU SYNDICAT :

**CFDT Télécoms Prestataires Ile de France**

**7-9 rue Euryale Dehaynin - 75019 Paris**

[www.monsyndicatcfdt.fr](http://www.monsyndicatcfdt.fr) - [contact@monsyndicatcfdt.fr](mailto:contact@monsyndicatcfdt.fr)

**Privé**  Employé/Ouvrier  Cadre  
 Technicien/Agent de maîtrise  Non cadre  
 Cadre  
 Apprenti/Alternant  
**Public** Grade / Groupe : .....

\* Ces informations se trouvent sur votre fiche de paie.

## Fédération Communication, Conseil, Culture CFDT.

Ma cotisation sera calculée sur la base de 0,75% du dernier salaire annuel net imposable.  
À ce titre, je bénéficie des services réservés aux adhérents CFDT.

Salaire annuel net imposable .....€ (ou) salaire mensuel net .....€

Cotisation mensuelle

### J'ADHÈRE AU SYNDICAT :

CFDT Télécoms Prestataires IDF  
7-9 rue Euryale Dehaynin  
75019 Paris  
Tél : 01 42 03 89 45

Les informations nominatives ci-dessous 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 raisons commerciales ou publicitaires.  
Chaque adhérent a le droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Je souscris au paiement automatisé des cotisations.

Adhésion faite par : .....

Date : ..... Signature : .....

Motif de l'adhésion :

Actions locales  Élection professionnelle  
 Journée Porte ouverte  Candidats CFDT  
 Service aux adhérents  Désignation  
 Conflit avec employeur  Image, valeur CFDT  
 Juridique  Autres .....  
 Rupture conventionnelle/licenciement .....

Souhaitez-tu participer à une rencontre pour mieux connaître la CFDT ?  oui  non



COMMUNICATION  
CONSEIL CULTURE

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et 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 & ADRESSE DU DÉBITEUR

Numéro de Compte Bancaire International (IBAN) :

BIC (Bank Identification Code) :

Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

Date : ..... Signature : .....

N° ICS

NOM & ADRESSE DU SYNDICAT CFDT CRÉANCIER

**CFDT Télécoms Prestataires Ile de France**  
**7-9 rue Euryale Dehaynin - 75019 Paris**  
[www.monsyndicatcfdt.fr](http://www.monsyndicatcfdt.fr) - [contact@monsyndicatcfdt.fr](mailto:contact@monsyndicatcfdt.fr)

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER