



Syndicat Départemental CGT des Personnels du Conseil départemental du Pas-de-Calais

RDSP N°5883

RCSP N°571

VOTRE FORCE POUR L'AVENIR

BULLETIN D'ADHESION RETRAITÉ(E)S

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

- NOM :
- Prénom :
- Adresse :
.....
.....
- Téléphone : Adresse mail :
.....
- Né(e) le : À :

Poste occupé dans la collectivité du CONSEIL DEPARTEMENTAL DU PAS-DE-CALAIS Avant la Retraite

Direction :
Service :

- Déclare adhérer à la CGT et m'engage à verser régulièrement ma cotisation syndicale mensuelle de 6.50€
- Souhaite un prélèvement automatique de ma cotisation. Je joins un RIB et remplis le mandat de prélèvement SEPA

A le

Signature

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (RUM)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat Départemental CGT des personnels du Conseil Départemental à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instruction du Syndicat départemental CGT des personnels du Conseil Départemental.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé (e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 6 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veillez compléter les champs marqués (*) :

Créancier

Nom : Syndicat Départemental CGT des personnels de conseil Départemental

Identifiant : (ICS) :FR27ZZZ621779

Adresse : HOTEL DU DEPARTEMENT

Code Postal : 62018 **Ville :** ARRAS CEDEX 9 **Pays :** France

Données client débiteur

Nom et Prénom *:

Adresse *:

Code postal *:

Ville *:

Vos coordonnées bancaires

IBAN *:

Numéro identification international de compte bancaire – IBAN (International/ Bank Account Number)

BIC *:

Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

A *:

Le *:

Signature *: