

Bulletin de pré-adhésion

A remplir et à donner aux responsables de votre section syndicale CFDT d'entreprise ou établissement ou aux responsables de votre syndicat départemental CFDT santé-sociaux.
Vous vous munirez d'un RIB et des renseignements qui permettront de calculer le montant de votre cotisation.

Par rapport à la loi "Informatique et Liberté" (art. 34), vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.

Remplissez les champs ci dessous et renvoyez ce bulletin par courrier à l'adresse de votre syndicat ou à défaut à :

Fédération CFDT Santé-Sociaux
Secrétariat Général
47- 49 avenue Simon Bolivar
75019 Paris

Cochez cette case indiquant que vous avez pris connaissance des informations ci-dessus

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Date : *

Nom: * Prénom : *

Profession : * Téléphone :

Adresse : * E-mail :

Code postal : *

Ville : *

Entreprise : Localité :

Vous êtes du secteur : Public Privé

et du : Social Sanitaire

Votre salaire net annuel en € : Votre cotisation mensuelle en €:

Votre cotisation mensuelle est égale au minimum à 0,75% de votre salaire net déclaré divisé par 12

Cochez la case pour être prélevé automatiquement.

Votre prélèvement sera :

Mensuel Bimestriel Trimestriel Semestriel Annuel

Vous avez terminé, merci de nous rejoindre