



SYNDICAT CGT NICE MÉTROPOLE CÔTE D'AZUR

Mairie de Nice - C.C.A.S. Ville de Nice – Métropole NCA

FORMULAIRE DE SYNDICALISATION

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Grade: _____ TITULAIRE OUI NON à préciser _____

Collectivité : Mairie de Nice C.C.A.S. Métropole

Direction : _____ Établissement et/ou service: _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Tel portable : _____ Tel service : _____

Adresse Mail personnelle: _____ @ _____

Adresse Mail professionnelle: _____ @ _____

Je déclare par la présente souhaiter adhérer au **Syndicat CGT Nice Métropole Côte d'Azur**

Nice, le _____ signature: _____

La CGT te félicite de ta volonté de nous rejoindre. Afin de confirmer ton adhésion, nous t'invitons à nous retourner, dûment complété et signé, l'imprimé d'autorisation de prélèvement S.E.P.A. ci-joint accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB).



La cotisation mensuelle est fixée statutairement à 1 % du salaire net perçu C'est un principe d'égalité. Chaque adhérent(e) cotise proportionnellement à ses revenus. Indique ton salaire dans la case ci dessus

Pour information, le montant annuel de ta cotisation est déductible des impôts ou permet de bénéficier, pour les non imposables, d'un crédit d'impôt à concurrence de 66 % de la somme versée.

Syndicat CGT Nice Métropole Côte D'azur : 33 Avenue Jean Médecin 06000 Nice 04.97.13.24.11

L'Arénas – immeuble : le Phare 405, Promenade des Anglais 06202 Nice cedex 3 BP3087 04.89.98.14.51/52



Syndicat Cgt Nice NMCA



@cgtnmca.fr



AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE DES COTISATIONS SYNDICALES

COORDONNEES

Madame

Mademoiselle

Monsieur

NOM, Prénom.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Montant Cotisation : Date premier prélèvement : 05/...../.....

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Identifiant créancier SEPA

FR83ZZZ643372

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA A COMPLETER

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat CGT NICE METROPOLE COTE D'AZUR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du : syndicat CGT NICE METROPOLE COTE D'AZUR

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 un prélèvement autorisé

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom.....

Adresse.....

Code postal.....ville.....

pays.....

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU CREANCIER

Syndicat CGT Nice Métropole Côte d'Azur
33 AVENUE JEAN MEDECIN
06000 NICE

COMPTE A DEBITER

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Code BIC :

Paiement récurrent/répétitif ponctuel

*Nota : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Veuillez compléter tous les champs du mandat.*

A.....Date : .../.../.....

Signature

Joindre obligatoirement un R.I.B.