



SYNDICAT
CGT NICE MÉTROPOLE CÔTE D'AZUR
Mairie de Nice - C.C.A.S. Ville de
Nice – Métropole NCA
syndicat.cgt@ville-nice.fr

FORMULAIRE DE SYNDICALISATION

Nom : prénom:

Adresse :

Grade :

Titulaire : CDD CDI AUTRES PRÉCISE

TEMPS COMPLET TEMPS NON COMPLET PRÉCISE.....

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

Direction : Établissement et/ou service :

Date de naissance/...../..... Tel portable Tel service:

Mail personnel :@.....

Mail professionnel :@

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.

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)

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

Nice le,

Signature :



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



AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE DES COTISATIONS SYNDICALES

COORDONNEES

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom, Prénom :

Adresse.....

Code Postal : Ville :

Montant de la Cotisation :€

Date du 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 pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les treize mois en cas de prélèvement non autorisé.

• DÉBITEUR :

Nom, Prénom :

Adresse.....

Code Postal :

Ville :

Pays :

CRÉANCIER

Syndicat CGT Nice Métropole Côte d'Azur

33 Avenue Jean Médecin

06000 NICE

• COMPTE À DÉBITER :

IBAN/...../...../...../...../...../.....

Code BIC

Types de 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.

À

Signature :

Date,/...../.....