Conseil Départemental du Pas-de-Calais

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'ADHÉSION ASSISTANT(E) MATERNEL(E)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

Nom : Matricule :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : …. …. …. …. …. Mail :

Né(e) le : À :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DU PAS-DE-CALAIS

Statut : ☐ Assistant(e) Maternel(e)

Nombre d'agrément : ☐ 1 enfant ☐ 2 enfants et plus

☐ Déclare adhérer à la CGT et m'engage à verser régulièrement ma cotisation syndicale mensuelle (soit pour un enfant 6.50€/mois, pour deux enfants et plus 13.00€/mois)

La cotisation syndicale ouvre droit à une réduction d'impôt ou un crédit d'impôt (pour les personnes non imposables) égal à 66% des cotisations versées.
Ex : pour 100 euros versés à la CGT, réduction ou crédit d'impôt égal à 66 euros.
Coût réel de la cotisation : 34€

☐ Souhaite un prélèvement automatique de ma cotisation.
Je joins un RIB et remplis le mandat de prélèvement SEPA

A …… Le ……

Signature

Conformément au RGPD, nous vous confirmons que vos coordonnées ne seront en aucun cas transmises à des tiers. Notre base de données sert uniquement à vous informer de notre actualité et reste strictement confidentielle.

Adresse postale :
Hôtel du Département
62108 Arras Cedex 9

Tel : **03.21.21.69.67**
Mail : cgt@pasdecalais.fr
Site internet : www.cgtcd62.fr

CGT Conseil Départemental 62

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.

Veuillez 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 *: