Syndicat CFTC Santé Sociaux Pas-de-Calais

Bulletin d'adhésion

Syndicat CFTC La Vie à Défendre

Fondée en 1919, la CFTC est très attachée à la justice sociale et privilégie un syndicalisme de dialogue et de négociation. Votre adhésion manifeste votre soutien au mouvement et vous permet d'y prendre part activement.

À la CFTC, vos données personnelles sont protégées.
La sécurité de vos données personnelles a toujours été une priorité pour nous et se renforce encore avec la mise en œuvre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. En remplissant ce bulletin d'adhésion, vous acceptez que la CFTC mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce bulletin, uniquement dans le cadre des activités syndicales de la CFTC : l'information et la formation, l'action syndicale, la consultation, la gestion des cotisations.

En l'occurrence, vous autorisez la CFTC à communiquer avec vous afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses activités via les coordonnées collectées dans ce bulletin. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la CFTC s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'ils soient ou à des fins commerciales, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données. Vous pouvez à tout moment nous demander de rectifier ou de supprimer certaines de vos données de notre base INARIC (fichier informatique confédéral).

Contact CFTC du Délégué à la Protection des Données : dpo-cftc@cftc.fr

Les champs marqués d'un astérisque * **sont obligatoires**

CFTC antenne locale de Calais

ADHÉRENT

☐ MME, ☐ M NOM * : PRÉNOM * :

NOM DE NAISSANCE OU NOM D'USAGE : NÉ(E) LE * : À :

ADRESSE * :

CP * : VILLE * :

PORTABLE * : E-MAIL * :

CATÉGORIE * : ☐ OUVRIER/EMPLOYÉ ☐ TECHNICIEN/AGENT DE MAÎTRISE ☐ CADRE/ASSIMILÉ ☐ RETRAITÉ ☐ CHÔMEUR

STATUT * : ☐ PUBLIC ☐ PRIVÉ PROFESSION : TEMPS PARTIEL : %

EMPLOYEUR

RAISON SOCIALE * : TÉL EMPLOYEUR :

ADRESSE ÉTABLISSEMENT DE L'ADHÉRENT * :

CP * : VILLE * :

E-MAIL EMPLOYEUR :

SECTEUR D'ACTIVITÉ * : ☐ AGRICULTURE ☐ BANQUE ☐ CHIMIE ☐ COMMERCE ☐ COMMUNICATION ☐ CONSTRUCTION ☐ ENSEIGNEMENT ☐ INDUSTRIE ☐ MÉTALLURGIE ☐ POSTE & TELECOM ☐ SERVICES ☐ TRANSPORTS ☐ SANTÉ SOCIAUX

CODE IDCC * : Identifiant de Convention Collective, indiqué sur votre fiche de paye

N° SIRET : Voir fiche de paye (14 chiffres)

EFFECTIF DE L'ÉTABLISSEMENT : salariés

☐* En signant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient enregistrées sur le fichier informatique confédéral INARIC

À : Le : SIGNATURE :

APRÈS ENREGISTREMENT DE VOTRE INSCRIPTION PAR NOS SERVICES
VOUS RECEVREZ UN MAIL VOUS INVITANT À VALIDER VOTRE COMPTE CFTC

CADRE RÉSERVÉ À LA CFTC

CODE INARIC : CODE ORG SYNDICAT : NOM ET PRÉNOM DU DÉLÉGUÉ CFTC (S'IL Y A LIEU) :

SS6203

Syndicat CFTC Santé Sociaux du Pas de Calais
Centre d'Affaire Emile Zola 110 rue Emile Zola 62300 LENS
Tél. : 03 21 67 00 26 / syndicat cftc sante sociaux 62 @gmail.com

Syndicat CFTC Santé Sociaux du Pas de Calais

AUTORISATION de PRELEVEMENT SEPA

1- Remplir la partie inférieure du document sans oublier de la dater et signer
2- Renvoyer ce document accompagné d'un **R.I.B** à :

Syndicat CFTC Santé sociaux 62 chez Mr Périmony Stève 36 rue du petit marais 62180 VERTON

A remplir conjointement par l'adhérent et le syndicat :

Code Adhérent Inaric :

Périodicité : Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel ☐

Mandat de prélèvement SEPA **Veuillez compléter tous les champs**

Référence unique du mandat

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **Syndicat Départemental CFTC Santé Sociaux 62** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **Syndicat Départemental CFTC Santé Sociaux 62.**
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.

Identifiant Créancier SEPA : FR90ZZZ497649

Débiteur :
Nom Prénom :

Adresse :

Code postal : **Ville :** **Pays :**

Créancier :
SYNDICAT DEPARTEMENTAL CFTC
CFTC SANTE SOCIAUX 62
110 RUE EMILE ZOLA
BAT 1 ETAGE 1
62300 LENS

IBAN : COMPTE A DEBITER

☐☐☐☐/☐☐☐☐/☐☐☐☐/☐☐☐☐/☐☐☐☐/☐☐☐☐/☐☐☐

BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A : **Le :** **Signature :**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications tel que prévus aux articles 38 et suivant de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux fichiers et aux libertés.

www.cftc-santesociaux.fr

Syndicat CFTC Santé Sociaux du Pas de Calais
Centre d'affaire Emile Zola 110 rue Emile Zola 62300 LENS
☎ 03.21. 67.00.26 / syndicat.cftc.sante.sociaux.62@gmail.com