.....

Montant de la cotisation : _____ €

Cas particuliers :

M1 - M2 : **30 €** / Stagiaire : **80 €** / AVS ; EVS : = **30 €**

Prélèvement **A**utomatique des **C**otisations (**PAC**) effectué tous les mois *.

Montant prélevé pour le PAC = 1 cotisations mensuelles = _____ **€**

Le PAC est reconduit d'une fois sur l'autre par accord tacite.

Dates des prélèvements le 5 de chaque mois

Vous devez compléter l'autorisation de prélèvement en bas et Joindre un RIB

[66% du montant de la cotisation ouvre droit à un crédit d' impôts]

* Le paiement peut s'effectuer aussi par chèque. *Joindre 1 ou plusieurs chèques en indiquant les dates de prélèvement.*

Le calcul de la cotisation annuelle correspond à l'application de la charte confédérale de la CFDT où la cotisation équivaut à 0,75% du salaire annuel imposable

Référence unique du mandat (RUM) délivré par le syndicat : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mandat SEPA

Emetteur CFDT SERVICE PLUS ICS : FR88ZZZ254894

Sgen-CFDT Aquitaine 8, rue Théodore Gardère 33080 BORDEAUX Cedex

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : A/ la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; B/ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande éventuelle de remboursement devra 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 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos Nom, Prénom et adresse :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Compte à débiter : code IBAN

F R | | | | | | | |

Code BIC | |

Nom et adresse de la banque : .....

.....

Date : ..... Signature :