

**SYNDICAT SUD RAIL PACA**

19 rue Bénédict – 13001 MARSEILLE

Tel : 09.88.08.09.88

E mail : sudrail.paca1@gmail.com

 Union
syndicale
Solidaires

BULLETIN D'ADHESION TRAVAILLEUR DU RAIL

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ N° de Sécurité Sociale ou de CP : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/____
 Adresse : _____
 Complément d'adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Tel : _____
 Adresse e-mail : _____ @ _____

J'adhère au syndicat SUD-Rail PACA et j'en accepte le fonctionnement.

Si je suis d'accord avec le prélèvement automatique de ma cotisation, je signe l'autorisation de prélèvement ci-dessous. Important, joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou un Relevé d'Identité Postal (RIP).

En cas de démission, j'adresse un courrier au syndicat pour arrêter le prélèvement et supprimer mon adhésion.

Signature : _____

Etablissement : _____ Lieu de travail : _____
 Classe / Niveau : _____ Spécialisation : _____
 Temps Complet : Oui / Non ⁽¹⁾ Si non : Combien de % _____
 Montant de la cotisation Mensuelle ⁽²⁾ : _____ €
 Montant du prélèvement ⁽³⁾ : _____ €
 Date du premier prélèvement : ____/____/____

CADRE RESERVE AU SYNDICAT

Enregistré le : / /
 Site de :
 Section N° :

(1) Rayer la mention inutile

(2) Voir la grille des taux de cotisation

(3) Le prélèvement sera effectué tous les 2 mois (le 7 des mois pairs pour les salarié(e)s du privé et le 5 des mois impairs pour les salarié(e)s SNCF). Ces montants pourront être ajustés conformément aux décisions prises démocratiquement en conseil syndical en fonction de l'évolution générale des salaires et du taux de cotisation syndicale.



AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° National Emetteur

427729

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom et prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN :
 BIC :
 Date : / / Signature :

ORGANISME CREANCIER

Caisse fédérale du Crédit Mutuel CFCMM
 494. Ave du Prado 13008 Marseille

Nom de l'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :