



BULLETIN D'ADHESION

Monsieur

Madame

Nom: Prénom :.....

Date de naissance Le :/...../.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse Mail:@.....

Tél : Tél. portable :

Adresse De l'établissement : Code Postal

..... Ville :

Montant de la cotisation

€ tous les deux mois

Les cotisations syndicales ouvrent droit à une réduction d'impôt ou à un crédit d'impôt égal à 66% du montant des cotisations payées au cours de l'année précédente

Cotisation à partir du :/...../..... Fait à : Le :/...../.....

Pensez à joindre un RIB

Signature :



En signant ce formulaire de mandat, vous nous autorisez à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.

IBAN

Grid for IBAN number

BIC

Grid for BIC code

A :

Le :/...../.....

Signature box

Nota: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Adresse d'envoi adhésion : INITIAL CGT THCB Mr VIAL -18 impasse du clos des cèdres 42400 ST CHAMOND