



BULLETIN D'ADHÉSION

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

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

Adresse :

Code Postal : Ville:

Adresse Mail:

Tél: Tél.portable:

Adresse de l'établissement INITIAL.....

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 :/...../..... Signature:

Pensez à joindre un RIB



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

IBAN :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A :

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

Signature:

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

Adresse d'envoi d'adhésion : INITIAL CGT THCB- Mme Maelle JEHAN - 44 Loiron 35490 SENS DE BRETAGNE