

# BULLETIN D'ADHESION



**INTERCO 26 - 07**  
**SECTION EHPAD**

**PARTIE A REMPLIR  
PAR LE FUTUR ADHERENT**



**Je soussigné(e)**

Mme  M

**Nom**

**Prénom**

Adhère à la CFDT à la date du | | | | 20 | |

(Nom de naissance)

Date de naissance | | | | | | | |

**Coordonnées personnelles**

Appartement

Bâtiment

N° et voie

Lieu-dit

Code Postal | | | | |

Ville

Téléphone | | | | | | | |

Mobile | | | | | | | |

Mél personnel

@

**Informations professionnelles** (telles que mentionnées sur le bulletin de salaire)

**Nom de l'employeur**

N° SIRET de l'employeur | | | | | | | |

Lieu de travail

Matricule (chez l'employeur)

Téléphone Pro | | | | | | | |

Mobile pro : | | | | | | | |

Mél pro

@

Nombre de salariés de l'établissement

Profession/Métier

**Adresse professionnelle**

Code postal | | | | |

Ville :

**Vous travaillez en secteur public**

**FP** : Etat  Territoriale  - **Statut** : Titulaire  Stagiaire  CDD  CDI  Emploi Aidé

**Catégorie** : A+  A  B+  B  C+  C

**Grade** :

**Temps de travail** : Complet  partiel  à % non-complet  à heures semaine

**Vous travaillez en secteur privé**

Code NACE/NAF de l'entreprise | | | | |

**Situation** : CCD  CDI  Stagiaire  Intérim.  Apprenti

**Temps de travail** : Complet

**Catégorie**: Assistante Familiale  Assistante Maternelle

Partiel  à %

Cadre  Agent de maîtrise  Employé  Ouvrier

**Salaire annuel net imposable** →

**pour le calcul de la cotisation**

(sans les centimes)

| | | | | | € se référer au bulletin du **31 décembre de l'année précédente**

**A noter** : La cotisation syndicale ouvre droit à un **crédit d'impôt** (déduction fiscale ou crédit d'impôts) de **66% du montant de la cotisation annuelle versée**

Les informations nominatives ont pour objet de permettre à la CFDT d'informer et de consulter ses adhérents. Ces informations ne peuvent pas être communiquées à l'extérieur de la CFDT. Chaque adhérent possède un droit d'accès, de contestation et de rectification des données le concernant.

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent

Le : | | | | |

Joindre à ce bulletin d'adhésion :

- Votre bulletin de salaire de décembre de l'année précédente
- Un RIB de votre organisme bancaire

## PARTIE A REMPLIR PAR LE SYNDICAT

Section syndicale

Statut (déclaration obligatoire)

Code IDCC Branche professionnelle Groupe

**Calcul de la cotisation mensuelle minimale**

Montant de la cotisation mensuelle

Prélèvement effectué tous les

Montant de chaque prélèvement

Date du premier prélèvement

Bulletin recueilli par

NOM

Prénom

NPA

**SECTION EHPAD INTERCO 26 - 07**

Cadre  Non-cadre

Identifiant de la convention collective | | | | |

Salaire annuel net imposable = | | | | | | | | | | € / 12

X 0.75 % = | | | | | | | | €

**Adhérent PAC**

| | | | de chaque mois.

= | | | | | €

Le | | | | |

**DUFOURD**

**KEVIN**



