



**TRANSPORTS  
BOUCHES DU RHÔNE**  
S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

# BULLETIN D'ADHESION

**Comité Régional Transports Environnement  
Provence Alpes Côte d'Azur**

: 18, Boulevard de Paris, 13003 Marseille

: E-mail : [crte@cfdttransportspaca.fr](mailto:crte@cfdttransportspaca.fr)

**N° ADHESION**

**Collecteur** : Nom : ..... Prénom : .....

**Adhérent** Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de Naissance : ..... Né(e) le : .. / .. / .. / ..  
 Email @ : .....  
 N° Téléphone : .. / .. / .. / .. / .. / .. N° Portable : .. / .. / .. / .. / .. / ..  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....

**Activité Professionnelle** NOM DE L'ENTREPRISE : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... / Ville : .....  
 N° Téléphone : .. / .. / .. / .. / .. / .. N° Fax : .. / .. / .. / .. / .. / ..  
 Profession : ..... / Date D'embauche : .. / .. / .. / .. / .. / ..  
 Grade ou Coefficient : ..... / CDI  CDD  Temps plein  Temps partiel  / Ouvrier  Employé(e)  Agent de Maîtrise  Cadre   
 Activité de l'Entreprise : ..... / Nombre de salariés (approximatif) ..... /  
 (sur bulletin de salaire) CODE : APE, NAF, NACE : ..... / N° de SIRET (14 chiffres) : / / / / / / / / / / / / / / / /  
 Convention collective : ..... / Nom Du Responsable (Directeur, Gérant, ...) : ..... /

J'adhère à la CFDT et j'en accepte le fonctionnement. Je suis d'accord pour le prélèvement automatique de ma cotisation. Je signe le mandat de prélèvement ci-dessous. En cas démission : j'adresse un courrier au Syndicat. Le prélèvement sera effectué **tous les 2 mois (uniquement les 10 des mois impairs)** Ces montants pourront être réajustés en fonction des décisions prises démocratiquement au sein du Syndicat en fonction de l'évolution générale des salaires et du taux de cotisation syndicale.

**Important : Joindre obligatoirement**  
 - Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB/IBAN)  
 - Un Bulletin de salaire récent (pour calcul des cotisations « 0,75% du salaire Net »)

<p><b>Mandat de prélèvement SEPA</b></p> <p></p> <p>Single Euro Payments Area</p>	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) :        À envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de :</p> <p>Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.</p>	<p>TRANSPORTS BOUCHES DU RHÔNE S'ENGAGER POUR CHACUN AGIR POUR TOUS</p>
<p>Référence unique du mandat :</p> <p><b>Débiteur :</b>        Votre NOM : ..... Votre Prénom : .....</p> <p>Votre Adresse : .....</p> <p>Ville : .....</p> <p>Code Postal : ..... PAYS : .....</p>		
<p><b>Vos Coordonnées Bancaire</b></p> <p>IBAN <span style="border-bottom: 1px dashed red; display: inline-block; width: 100px;"></span></p> <p>BIC <span style="border-bottom: 1px dashed red; display: inline-block; width: 100px;"></span> Paiement : Répétitif/Récurrent <input checked="" type="checkbox"/> Punctuel <input type="checkbox"/></p> <p>À : ..... Le : / .. / .. / .. / .. <b>Nota</b> : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p> <p>Signature : .....</p>		
		<p>Identifiant créancier SEPA : <b>FR</b></p> <p><b>Créancier :</b>        NOM : .....        Adresse : .....        Ville : .....        Code Postal : ..... PAYS : FRANCE</p>
<p><b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b></p>		