

Bulletin d'adhésion

VOUS	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM & Prénom :
	Date de naissance : / / A :
	N° de Sécurité Sociale (<i>uniquement pour éviter les homonymes</i>) :
	Adresse personnelle :

	Code postal : Ville :
	Tél. dom. : / / / / Portable : / / / /
Fax : / / / / Email :	

ENTREPRISE	Nom de l'entreprise :
	Groupe (<i>s'il y a lieu</i>) :
	Effectif dans l'entreprise : <input type="checkbox"/> + de 10 <input type="checkbox"/> - de 10 Préciser le nombre :
	Adresse :

	Code postal : Ville :
	Tél. prof. : / / / / Fax : / / / /
	Votre profession :
	Vous êtes : <input type="checkbox"/> Ouvrier/Employé <input type="checkbox"/> ETAM (Agent de Maîtrise) <input type="checkbox"/> CADRE (IAC)
	Votre code NAF/APE (<i>il est indiqué sur votre bulletin de paie</i>) :
Secteur d'activité : <input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> BTP <input type="checkbox"/> Chimie	
<input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> Communication <input type="checkbox"/> Métallurgie <input type="checkbox"/> Organismes Sociaux	
<input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Transports	

Je déclare adhérer au syndicat affilié à la CFTC de ma profession ou branche et avoir versé€ à valoir sur ma cotisation de l'année en cours.

Date : Signature :

Merci de retourner ce bulletin au **délégué de votre entreprise** ou à l'adresse indiquée ci-dessus.



Autorisation de prélèvement au dos à compléter
(merci de joindre votre RIB ou RIP)

