

# Bulletin d'adhésion



Depuis sa création en 1919, la CFTC fonde son action et sa réflexion sur les principes sociaux chrétiens, principes dans lesquels toute personne peut se reconnaître. Elle fait prévaloir l'esprit de fraternité et l'exigence de justice, qui sont nécessaires pour garantir la paix durable et le développement intégral de la personne. Pour y parvenir, elle a recours à tous les moyens légitimes en privilégiant le dialogue social et la négociation. Elle déploie son action indépendamment de toute organisation politique, économique ou religieuse.

Les champs marqués d'un astérisque \* sont obligatoires

NOM DE LA STRUCTURE : syndicat CFTC santé sociaux 47

## ADHÉRENT

MME  M **NOM\*** : **PRÉNOM\*** :

**NOM DE NAISSANCE OU NOM D'USAGE :** **NÉ(E) LE\*** : **À :**

**ADRESSE\*** :

**CP\*** : **VILLE\*** :

**PORTABLE\*** : **E-MAIL\*** :

**CATÉGORIE\*** :  OUVRIER/EMPLOYÉ  TECHNICIEN/AGENT DE MAÎTRISE  CADRE/ASSIMILÉ  RETRAITÉ  SANS EMPLOI

**STATUT\*** :  PUBLIC  PRIVÉ **PROFESSION :**

## ÉTABLISSEMENT DE L'ADHÉRENT

**RAISON SOCIALE\*** : **TÉL :**

**ADRESSE DE MON LIEU DE TRAVAIL\*** :

**CP\*** : **VILLE\*** :

**E-MAIL :**

**SECTEUR D'ACTIVITÉ\*** :  AGRICULTURE  BANQUE  CHIMIE  COMMERCE  COMMUNICATION  CONSTRUCTION  ENSEIGNEMENT

FONCTION PUBLIQUE  INDUSTRIE  MÉTALLURGIE  POSTE & TELECOM  PROTECTION SOCIALE  SANTÉ SOCIAUX  SERVICES  TRANSPORTS

**CODE IDCC\*** : **N° SIRET\*** : **EFFECTIF DE L'ÉTABLISSEMENT :**

Identifiant de Convention Collective, indiqué sur votre fiche de paye Voir fiche de paye (14 chiffres) Salariés

\* En signant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient enregistrées sur le fichier informatique confédéral INARIC

**À :** **Le :** **SIGNATURE :**

### Bulletin d'adhésion à renvoyer :

- Par e-mail à [cherrero232@gmail.fr](mailto:cherrero232@gmail.fr)
- Par voie postale à l'adresse 2737 route de lauzun 47330 cahuzac

APRÈS ENREGISTREMENT DE VOTRE INSCRIPTION PAR NOS SERVICES  
VOUS RECEVREZ UN E-MAIL VOUS INVITANT À VALIDER VOTRE COMPTE CFTC

#### À la CFTC, vos données personnelles sont protégées.

La sécurité de vos données personnelles a toujours été une priorité pour nous et se renforce encore avec la mise en œuvre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018.

En qualité de responsable de traitement, La CFTC inscrit sous le numéro 78445097500049 et dont le siège social est situé 45 rue de la procession 75015 Paris France, collecte et traite les données vous concernant aux fins de : L'information et la formation, l'action syndicale, la consultation, la gestion des cotisations.

Nous traitons vos données à la suite de votre contact, afin de vous informer sur nos actions et services et exécuter les mesures précontractuelles requises à votre demande. A défaut de nous transmettre ces données, nous serons dans l'incapacité de satisfaire votre demande. Dotée d'un délégué à la protection des données à caractère personnel (Data Privacy Officer) AC2R informatique inscrit sous le numéro : 48254073900026 qui peut être contacté à l'adresse suivante : [dpo@cftc.fr](mailto:dpo@cftc.fr)

Les données seront conservées et transférées de la manière suivante :

Données : Identité, coordonnées postales, courriel, date et lieu de naissance, téléphone et courriel, catégorie et statut, les informations de l'entreprise avec son secteur d'activité et ses numéros IDCC, SIRET

Durée de conservation : Jusqu'au départ ou à la radiation de la CFTC depuis 5 ans dans le cadre de nos obligations légales.

Destinataire des données : L'ensemble des différentes instances du mouvement à savoir les fédérations, UR, UD, syndicats concernés par vos données. Les services internes de la confédération. Vous disposez du droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant, du droit à la rectification ou l'effacement de celles-ci. Vous disposez également du droit à la portabilité des données et à la limitation du traitement. La Loi Informatique et Libertés vous reconnaît le droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre mort, dans les conditions prévues par son article 85.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle, et notamment auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) – 3 place de Fontenoy – TSA 80715- 75334 PARIS CEDEX 07 – Téléphone : +33 (0)1 53 73 22 22

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte CFTC et notre Politique de Protection des Données Personnelles dans les Mentions Légales de notre site, accessibles à cette adresse : <https://www.cftc.fr/mentions-legales>

Pour toute question concernant votre adhésion, veuillez-vous rapprocher de votre contact CFTC dans votre entreprise, ou écrivez à [adhesion@cftc.fr](mailto:adhesion@cftc.fr)



# BULLETIN D'ADHESION 2025

Valable pour une année civile soit du 01/01/2025 au 31/12/2025

**PREMIERE ADHESION**

**RENOUVELLEMENT**

Numéro Inaric.....

<input type="checkbox"/> assistant maternel	<input type="checkbox"/> autres (temps partiel) Entreprise :..... ..... Code APE :.....	<input type="checkbox"/> autres (temps complet) Entreprise :..... ..... Code APE :.....
<input type="checkbox"/> SPE		
<input type="checkbox"/> Retraité(e)		

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Départ. :.....

**Pour tous les adhérent** : accès au site <https://www.cftc-santesociaux.fr>

**Pour les nouveaux adhérents** : vous recevrez un mail et vous devrez cliquer sur un lien pour finaliser votre adhésion

Cnil : Vos données personnelles sont modifiables par vous *sur la nouvelle application* : <https://app.cftc.fr>

## ATTENTION

### SMIC EN NET 01/10/2024

	Cotisation Annuelle	3 chèques	Crédit d'impôt	La cotisation vous revient à
Salaires net mensuel inférieur à 780 €	70,50 €	23,50 €	46,53 €	23,97 €
Salaires net mensuel égal ou supérieur à 781 €	90,15 €	30,05 €	59,50 €	30,65 €
Salaires net mensuel supérieur à 1398.69 € = SMIC	130,05 €	43,35 €	85,83 €	44,16 €

Je règle ma cotisation par chèque **à l'ordre de CFTC santé sociaux 47**

\* en 1 chèque de .....€ n° ..... Banque.....

\* en 3 chèques de ..... € n° ..... Banque : .....

n° ..... Banque : .....

n° ..... Banque : .....

### Qui seront débités en janvier, février et/ou mars

**Adhésion, accompagnée du règlement, à retourner à l'adresse suivante :**

**Mme Herrero Catherine ( présidente syndicat CFTC Santé Sociaux du 47)**

**2737 Route de Lauzun, 47330 Cahuzac**

A .....

Signature

Le ..... / ..... / 202...

Après réception de l'adhésion aucun remboursement ne sera fait



## MANDAT de PRELEVEMENT SEPA 2025

06 32 08 90 25 ou [cherrero232@gmail.com](mailto:cherrero232@gmail.com)

### BAREME de COTISATIONS 2024 :

Revenu mensuel BRUT	Annuel	Trimestriel
Inférieur à 780 €	70,50 €	23,5 €
Egal ou supérieur à 781 €	90,15 €	30,05 €
Egal ou supérieur à 1398,69 €	130,05 €	43,35 €

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat CFTC 47 santé sociaux à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions du syndicat CFTC 47 santé sociaux. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

En signant ce formulaire, vous vous engagez à approvisionner suffisamment votre compte pour éviter tout refus de paiement qui entraînerait des frais au syndicat CFTC 47 santé sociaux.

En cas de refus de paiement de votre banque, le syndicat CFTC 47 santé sociaux vous demandera de compenser ces frais imprévus.

### DEBITEUR :

Votre Nom :

Votre Prénom :

Votre adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Thiers débiteur :

(joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou postal (RIP))

### CREANCIER :

Nom : SYNDICAT CFTC 47 SANTE SOCIAUX

Adresse : 9 – 11 rue des frères Magen

Code Postal : 47000 Ville : AGEN

Pays : France

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR17ZZZ89FF31

Type de paiement choisi\* : Annuel /---/ Date de prélèvement choisie : 08 du mois /---/ ou 15 du mois /---/

Sur 3 mois Mois et date de prélèvement choisis : 08 / --- /ou 15 / --- / 2025

08 / --- / ou 15 / --- / 2025

08 / --- / ou 15 / --- / 2025

\*Cocher les cases correspondantes à votre choix

A :

le :

SIGNATURE :

**NOTA** : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec l'adhérent. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier des droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés.