



BULLETIN D'ADHÉSION

Première adhésion Renouvellement

**Pour le calcul
de votre cotisation,
contactez-nous :**

01 49 55 51 33
01 49 55 46 83

cfdt@agriculture.gouv.fr

Ce bulletin est à retourner à la permanence du SPAgri-CFDT

Ministère de l'Agriculture
78 rue de Varenne
Bureau A 505
75349 Paris 07 SP

cfdt@agriculture.gouv.fr

Prélèvement automatique

Nous vous recommandons d'opter pour un prélèvement automatique.

Pour bénéficier de ce dispositif, prendre contact avec la permanence.

Paiement par chèque

Les chèques doivent être établis à l'ordre de : SPAgri-CFDT.

Réduction d'impôt

Une attestation à joindre à votre déclaration de revenus vous sera remise ultérieurement. Elle vous permettra de bénéficier d'une réduction d'impôts égale à 66 % des cotisations versées.

Les renseignements figurant sur ce bulletin seront intégrés dans le fichier informatique du syndicat. En application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, « Informatique et libertés », les personnes concernées peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification auprès du SPAgri-CFDT.

Je, soussigné(e),

solicite ou renouvelle mon adhésion au SPAgri-CFDT à compter du mois de [] mois année [] .

Je m'engage à adresser, conformément aux statuts du syndicat, le montant de la cotisation, qui s'élève à € par mois, soit € pour l'année *.

Je certifie l'exactitude des renseignements inscrits sur ce formulaire, et m'engage à faire connaître au SPAgri-CFDT toute modification (adresse, situation administrative, etc.).

Fait à le []

Signature :

* Calcul de votre cotisation : nous consulter.

État-civil

Civilité : M. Mme

Date de naissance : []

Nom : Prénom :
(en capitales)

Adresse administrative

Etablissement, direction, service

Adresse (n°, rue)

[]

Ville

Tél. professionnel fixe

Tél. professionnel mobile

Mel professionnel

Situation administrative

Contractuel Cat. A B C Indice (IM) []

Fonctionnaire Cat. A B C Indice (IM) []

*Si fonctionnaire : Corps :
(Ex. : adjoint administratif, technicien supérieur, attaché, IAE...)*

Grade :
(Ex. : cl. normale, cl. supérieure...) Échelon []

Quotité de travail : 100 % 90 % 80 % 70 % 60 % 50 %

Coordonnées personnelles

(La presse syndicale vous sera envoyée à cette adresse.)

Nom Prénom

Adresse (n°, rue)

[]

Ville

Tél. personnel fixe

Tél. personnel mobile

Mel personnel