

# 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](mailto: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](mailto: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 ..... 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)

.....  
Code postal

.....  
Ville

.....  
Tél. professionnel fixe

.....  
Tél. professionnel mobile

.....  
Mél 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 : ..... Échelon .....

(Ex. : cl. normale, cl. supérieure...)

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)

.....  
Code postal

.....  
Ville

.....  
Tél. personnel fixe

.....  
Tél. personnel mobile

.....  
Mél personnel