

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 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