

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

A D H E R E N T	Mlle, Mme, M. NOM :	Prénom :	
	<small>Rayer mentions inutiles</small>		
	Nom de jeune fille :	Né(e) le :	A :
	Adresse :	Tél :	
	Portable :	
	Mail :	
Catégorie : Ouvrier/employé <input type="checkbox"/> Technicien/Agent de Maîtrise <input type="checkbox"/> Cadre/assimilé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/>			
- 50%			
Profession :			
<small>Facultatif</small>			

CAMPAGNE D'ADHESION (15 mai 2014 – 15 mai 2015)

Tarif ANNUEL unique pour tout **nouvel adhérent de -35 ans** : 40 €

Nom du délégué CFTC (s'il y a lieu)

A REMPLIR PAR LE DELEGUE CFTC ou à défaut L'ADHERENT

ENTREPRISE	Nom, adresse établissement de l'adhérent	Tél prof :
	Mobile :
	Mail :
	Code APE : Convention Collective :	Privé <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/>
	<small>Voir fiche de paye (3 chiffres + 1 lettre) Voir fiche de paye</small>	
	N° SIRET :	Effectif de L'établissement salariés
<small>Voir fiche de paye (14 chiffres)</small>		

A : _____ Le : _____

SIGNATURE :

Bulletin à retourner à l'Union Départementale dont dépend le siège de votre Entreprise
(Coordonnées consultables sur www.cftc.fr)