SYNDICAT NATIONAL DE LA BANQUE ET DU CRÉDIT

Le réseau social de la Banque et des Établissements Financiers

Bulletin d'Adhésion

#AFB Banque Française Mutualiste

MERCI DE RETOURNER VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION AU SNB/CFE-CGC - SECRÉTARIAT GÉNÉRAL - 2 RUE SCANDICCI 93691 PANTIN CEDEX

CIVILITÉ ☐ MME ☐ MR

NOM .....

NOM DE NAISSANCE .....

PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE |_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE PERSO. .....

CODE POSTAL |_|_|_|_|_| VILLE .....

TÉL. PERSO. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| MOBILE PERSO. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

EMAIL PERSO. .....

ENTREPRISE Banque Française Mutualiste

POSTE ACTUEL .....

CLASSIFICATION ACTUELLE .....

ADRESSE PRO. 56 - 60 rue de la Glacière

CODE POSTAL 7 5 0 1 3 VILLE PARIS

TÉL. PRO. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| MOBILE PRO. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

EMAIL PRO. @bfm.fr

J'AUTORISE LE SNB/CFE-CGC À COMMUNIQUER VIA :

☐ **MON MAIL PERSONNEL** ☐ **MON MAIL PROFESSIONNEL**

☐ **MON TÉLÉPHONE PERSONNEL** ☐ **MON TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL**

Les données collectées vont servir à la réalisation de nos activités syndicales y compris administratives. La base légale de leur traitement est l'intérêt légitime, car elles nous permettent de mettre en œuvre nos activités syndicales au service de nos adhérents, mais aussi de l'ensemble des salariés conformément à la notion de représentativité syndicale. Le recueil de ces données est obligatoire, notamment en ce qu'elles nous permettent d'animer notre réseau syndical sans quoi il nous serait impossible de mener à bien notre activité et de procéder à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatisé, éventuellement à l'aide d'un sous-traitant moyennant les garanties appropriées, et ne sont pas commercialisées. Nous les conservons en base active tout au long de l'adhésion, puis pendant deux ans à compter de la perte de qualité d'adhérent. Intervient ensuite leur archivage intermédiaire pour une durée de trois ans. Elles sont alors détruites. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et à la limitation du traitement en nous écrivant : par voie postale : SNB/CFE-CGC- 2, rue Scandicci – 93691 Pantin Cedex – par mail : contact@snb-services.org. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. En adhérant, j'accepte que mes données personnelles et syndicales soient communiquées aux structures d'affiliation CFE-CGC afin de permettre la réalisation de nos activités syndicales et d'administration interne.

MONTANT DE LA COTISATION 2023

Merci d'entourer votre classification.

Selon classification	Prix Annuel	Prix semestriel	Prix trimestriel	Prix mensuel*
Niveau A et B	67 €	33,50 €	16,75 €	soit 1,90 €*
Niveau C et D	101 €	50,50 €	25,25 €	soit 2,86 €*
Niveau E et F	106 €	53,00 €	26,70 €	soit 3,00 €*
Niveau G	127 €	63,50 €	31,75 €	soit 3,60 €*
Niveau H	163 €	81,50 €	40,75 €	soit 4,62 €*
Niveau I	187 €	93,50 €	46,75 €	soit 5,30 €*
Niveau J	215 €	107,50 €	53,75 €	soit 6,09 €*
Niveau K	233 €	116,50 €	58,25 €	soit 6,60 €*
Niveau L	276 €	138,00 €	69,00 €	soit 7,82 €*

REMARQUE : TOUT TRIMESTRE ENTAMÉ RESTE DÛ

* Prix mensuel du montant de la cotisation après crédit d'impôt égal à 66%

J'ADHÈRE PAR LA PRÉSENTE AU SNB/CFE-CGC :

DATE : **SIGNATURE :**

Retraité, vous bénéficiez d'une réduction de 50% sur votre cotisation annuelle.

Vous bénéficiez de 66% de crédit d'impôt sur le montant annuel de votre cotisation dans la limite de 1% des salaires et pensions nets.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (joindre impérativement un RIB avec IBAN)

TRIMESTRIEL ☐ SEMESTRIEL ☐ ANNUEL ☐

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier au créancier dans un délais de 30 jours minimum avant la date de prélèvement, tout trimestre entamé restant dû.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNB/CFE-CGC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNB/CFE-CGC. 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.

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT : P R E L E V E M E N T S N B

CRÉANCIER

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) F R 2 2 Z Z Z 6 4 1 9 4 8

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Syndicat National de la Banque et du crédit - S.N.B.
2, rue Scandicci - 93691 PANTIN Cedex
FRANCE
01 48 10 10 50

DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

ADRESSE (N° ET RUE) : .....

CP : |_|_|_|_|_| VILLE : .....

PAYS : .....

COMPTE À DÉBITER

N° DE COMPTE IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CODE BIC |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

DATE :

SIGNATURE :

[NE PAS JETER SUR LA VOIE PUBLIQUE]