



# SYNDICAT SECI-Unsa

## Groupe 3F

Bourse du Travail

3, rue du Château d'Eau – 75 010 PARIS

Tél : 09 52 93 17 65 – E-mail : [seci1887@free.fr](mailto:seci1887@free.fr)



### BULLETIN D'ADHESION 2015

La cotisation minimum annuelle due par tout adhérent est de :  114 € pour les cadres ;

1<sup>ER</sup> Adhésion

96 € pour les non-cadres à temps complet ;

Renouvellement

66 € pour les temps partiels, retraité, chômeur.

Je souhaite effectuer un don au SECI pour la valeur de.....€

Mme/Melle/Mr - Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Tel. (domicile) \_\_\_\_\_ (bureau) \_\_\_\_\_ (portable) \_\_\_\_\_

E- mail : \_\_\_\_\_

#### CONVENTION COLLECTIVE APPLIQUEE DANS L'ENTREPRISE :

*Personnels des sociétés anonymes et fondations d'HLM (personnel)*

Code NAF ou APE (sur bulletin de salaire) : **6820 A** \_ Poste occupé \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Je suis classé(e) dans la catégorie : Cadre - Agents Maîtrise - Employé. Date : \_\_\_\_\_

Fonctions Syndicales : \_\_Oui / Non\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Si oui : \_\_\_\_\_

J'adhère aux principes, aux idées et aux actions du SECI.

Je souhaite régler par chèque à l'ordre du SECI un paiement unique (66€>> temps-partiels ; 96€>> temps-complets non-cadres ; 114€>> cadres) ou en plusieurs chèques, 2 , 3 , 4 .

Ou

Je choisis un paiement en 12 mensualités prélevées par virement automatique\*.

Je remplis donc l'autorisation de prélèvement ci-jointe et la renvoie au SECI accompagnée du présent bulletin (5,50€>> temps-partiels ; 8€>> temps-complets non-cadres ; 9,50€>> cadres)

*(Penser à joindre un RIB). \*Reconduit annuellement par tacite reconduction.*

***Un reçu pour déduction fiscale, vous sera adressé au paiement intégral de votre cotisation.***



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

Le SECI

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Du SECI

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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 :

Identifiant créancier SEPA :

FR68ZZZ550619

**Débiteur :**

**Créancier :**

Votre Nom

Nom

Syndicat des Employés du Commerce et des Interprofessionnels (SECI)

Votre Adresse

Adresse

3, rue du Château-d'Eau

Code postal

Ville

Code postal

75 010

Ville

PARIS

Pays

Pays

FRANCE

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A :

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veuillez compléter tous les champs du mandat.**