



Air France

1 Madame/ Monsieur *

Nom.....

Nom de naissance.....

Prénom.....

Date de naissance.....

Matricule AF.....

Niveau.....

Si temps partiel, taux en %.....

2 Lieu de travail

Etablissement du CSE *:

- 1 PILOTAGE ECONOMIQUE
- 2 APAX MC/LC HUB
- 3 APAX POINT A POINT
- 4 INDUSTRIEL
- 5 AIR FRANCE CARGO
- 6 SYSTEME D'INFORMATION
- 7 EXPLOITATION AERIENNE

Service :

Site géographique :

3 Barème de cotisation annuelle sur la base du temps plein

N1/N2	N3/N4/N5	CG1	CG2	CG3	Retraité/cessation d'activité
60 €	104€	156€	176€	212€	68€

4 Vos coordonnées

Adresse électronique personnelle* :

Téléphone portable :

Adresse postale :

Code postal.....Ville.....

*obligatoire

5 Règlement de votre cotisation :

- La cotisation annuelle est proratisée selon le trimestre d'adhésion pour la première année.
- La cotisation annuelle est due pour toute année civile entamée.

- Facilités de règlements par prélèvement* :

ANNUEL SEMESTRIEL TRIMESTRIEL

- Acceptez-vous que vos données soient transmises au logiciel adhérent de la confédération CFE-CGC ?

Oui Non

6 Fiche à remettre à votre section CFE-CGC AF ou à envoyer par courrier postal :

CFE-CGC Air France S.I .C.A.M.T-G.A.F

Roissy Pôle-le Dôme

6, rue de la Haye- CP 10944

Tremblay-en-France

95733 Roissy Charles de Gaulle cedex

A :

Date :

Signature :

Entourer

Entourer





MANDAT DE PRELEVEMENT



Air France

En signant ce mandat, vous autorisez (A) CFE-CGC AF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions CFE-CGC AF.

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.

Adresse du titulaire du compte

Nom

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Prénom

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Code postal

Ville

| | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Coordonnées du créancier

Pour retour du document

CFE-CGC Air France

Roissy Pôle-le Dôme

6 rue de la Haye- CP 10944

Tremblay en France

95733 Roissy Charles de Gaulle cedex

Coordonnées bancaires du titulaire du compte*

N° de compte (IBAN) – (International Bank Account Number)

IFRI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CODE BIC- (Bank Identifier Code)

| | | | | | | | | | | | | | | | |

Paiement récurrent/ répétitif

*le document doit impérativement être accompagné d'un RIB ou RICE pour le bon traitement du mandat

Date

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SIGNATURE (obligatoire)

A

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doivent être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec le client. Elles pourront donner lieu à exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification 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.

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pourrez obtenir auprès de votre banque.

NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT

CFE-CGC Air France

Roissypôle Le Dôme - 6, rue de La Haye - 93290 Tremblay-en-France
(+33)1.41.56.04.70 - dome.cfecgcaf@gmail.com - www.cfecgcaf.org

