

2026**FICHE ADHESION A RETOURNER au SNTRS-CGT par Email : sntrs-cgt@cnrs.fr ou par courrier postal tél : 01 49 58 35 85**

Mme / M **NOM** **SECTION** fiche
Prénom **UD** **UL CGT**

**COORDONNEES
PERSONNELLES**

Adresse

CP VILLE Tél Perso Date de Naissance
Pays Portable

**COORDONNEES
PROFESSIONNELLES**

Labo/adr

CP VILLE Pays Email
Tél pro 2e tél Site 2e Email

EmployeurCentre
(site)**Emploi**

Type Contrat ou Retraité

Type emploi

Groupe

T. Partiel

Taux

COTISATION

Date adhésion

Cotisation mensuelle
(1% du salaire net)

prélèvement automatique

Ref. PAC **CONTACTS SNTRS-CGT*** Secrétariat : sntrs-cgt@cnrs.fr Tél. 01 49 58 35 85

adresse : Campus CNRS - 7 rue Guy Moquet 94800 VILLEJUIF

* Trésorerie : sntrscgt-tresorerie@cnrs.fr Tél. 01 49 58 35 89

Section SNTRS-CGT IFREMER - Bât. Auguste Piccard - ZI Pointe du Diable - CS10070 - 29280 PLOUZANE

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA A COMPLETER**

Veuillez compléter tous les champs du mandat

JOINDRE un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNTRS-CGT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNTRS-CGT. 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 de Mandat :

(N° de contrat SEF)

Identifiant créancier SEPA : **FR21ZZZ149497****Débiteur :**

NOM :

Prénom :

Adresse :

C P :

Ville :

IBAN :

BIC :

A :

Le : / /

Signature

Créancier :NOM : **SNTRS - CGT**Adresse : **Groupe de laboratoires CNRS
7 rue Guy Moquet**Code Postal : **94800** Ville : **VILLEJUIF**

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Echéance le : / /

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