

# AUTORISATION DE PRELEVEMENT DES COTISATIONS SYNDICALES

## Déclaration d'option au prélèvement automatique des cotisations

Je soussigné(e) :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Organisme (CPAM, CAF ...) : \_\_\_\_\_

Prélèvement automatique de mes cotisations syndicales :

Prélèvements mensuels soit : \_\_\_\_\_ € par mois

(Prélèvement le 5 de chaque mois) à compter du : \_\_\_\_\_

À cet effet je remplis et signe la demande et l'autorisation de prélèvements par le Syndicat CGT Sécurité Sociale du Puy de Dôme, et je joins un RIB Bancaire ou un RIP postal.

Fait à :

le :

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Identifiant international de compte bancaire

FR76 IBAN (International Bank Account Number)  
1027 8116 0200 0203 1780 192

Domiciliation  
CCM MONTFERRAND  
3 PLACE DE LA FONTAINE  
63100 CLERMONT FERRAND  
☎04 73 16 11 50

BIC (Bank Identifier Code)  
CMCIFR2A

Titulaire du compte (Account Owner)  
SYNDICAT CGT SECURITE SOCIALE  
DU PUY DE DOME  
CPAM 63 SYNDICAT CGT  
63031 CLERMONT FERRAND CEDEX 9

Merci de retourner votre déclaration de prélèvement datée et signée à l'adresse ci-dessous :

N'oubliez pas d'y joindre votre RIB Bancaire.



Syndicat CGT Sécurité Sociale du Puy de Dôme  
Rue du Clos Four 63000 Clermont-Ferrand  
04.73.42.88.73  
[cgtsecuritesociale63@gmail.com](mailto:cgtsecuritesociale63@gmail.com)

Le lien social