

FORMULAIRE D'AFFILIATION

(veuillez entrer en majuscules)



CG SETCA HORVAL UBT Métal CGSP

INFORMATIONS PERSONNELLES

N° de registre national: . . - . Sexe: H F

Nom:

Prenom:

Rue: N°: Boite:

Code Postal: Location:

N° de telephone: Adresse Email:

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Nom de l'employeur:

Adresse de l'employeur:

Commission paritaire: Depuis:

Statut: Ouvrier Employé Agent contractuel/statutaire

Situation professionnelle: Temps plein Temps partiel (h/semaine) Demandeur d'emploi

Indépendant(e) Étudiant(e) RCC Pensionné(e) Handicapé(e) Jeune sortant des études

INFORMATIONS D'AFFILIATION

RGPD

Histoire: Date d'affiliation:

Nouveau membre

CSC CGSLB

Une autre région

Affilié à partir de

Jusqu'à

Signature:

En signant ce document, vous acceptez explicitement que FGFB Brabant-Flamand et ses centrales demandent et traitent votre numéro de registre national dans le cadre de services. Les informations relatives à votre adhésion sont stockées et traitées de manière automatisée par FGFB Brabant-Flamand et ses centrales au vu de nos services, de la correspondance et des informations sur les promotions et les campagnes. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données 2016/679 du 27.04.2016, vous avez le droit de consulter, de corriger et de supprimer ces données. Voyez www.abvv.be/privacy pour toutes informations sur le traitement de vos données personnelles.

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE

Créancier (Dépendant de la situation de travail):

- ABVV, Hoogstraat 42, 1000 Brussel
ID: BE44TL00851766007
- AC, Watteustraet 2, 1000 Brussel
ID: BE96ZZ0850050887
- BBTK, M. Theresiastraat 99, 3000 Leuven
ID: BE890020850493624
- Metaal, Mechelsestraat 6, 1800 Vilvoorde
ID: BE53ZZ0852087788
- ACOD, Fontainasplein 9, 1000 Brussel
ID: BE38ZZ0883529250
- Horval BHV, Stalingradlaan 76, 1000 Brussel
ID: BE44ZZ0929618207
- BBTK BHV, Rouppeplein 3, 1000 Brussel
ID: BE42877794240154

Type d'encaissement: récurrent | Motif: Perception mensuelle des cotisations syndicales de l'affilié(e)

N° de compte (IBAN):

Code BIC de la banque: Date:

Signature:

Identification du titulaire du compte, si différent de l'affilié(e):

Nom + prenom:

Adresse:

En signant ce mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour qu'il débite votre compte et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous avez droit à un remboursement de votre banque dans les conditions décrites dans le contrat que vous avez signé. Toute demande de remboursement doit être soumise dans un délai de 8 semaines à compter de la date à laquelle votre compte est débité. En cas de résiliation d'une domiciliation, le mandat d'emprunt (le créancier) doit être notifié. Votre banque peut vous informer de vos droits liés à votre mandat.