

CGSLB | SYNDICAT LIBÉRAL BULLETIN D’AFFILIATION

Coordonnées (en majuscules s.v.p.)

nom				prénom					
rue		n°		bte		code postal		commune	
n° registre nat. (dos de la carte d’identité)						sexe <input type="radio"/> homme <input type="radio"/> femme			
date de naissance									
nationalité					langue <input type="radio"/> français <input type="radio"/> néerlandais				
état civil					nom partenaire				
compte en banque IBAN					BIC				
tél.					gsm				
e-mail privé					e-mail travail				

Renseignements professionnels

nom employeur									
adresse									
en service à partir du					numéro d’entreprise				
commission paritaire					secteur d’entreprise				
temps plein <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non si non, je travaille h/semaine					temps plein h/semaine				
<input type="radio"/> ouvrier <input type="radio"/> employé <input type="radio"/> cadre <input type="radio"/> je bénéficie d’une allocation complémentaire (Activa, complément chômage,...)									
<input type="radio"/> chômage complet <input type="radio"/> RCC (prépension) <input type="radio"/> étudiant <input type="radio"/> autre:									

Affiliation syndicale

je souhaite m’affilier dans la zone où <input type="radio"/> j’habite <input type="radio"/> je travaille									
à inscrire à partir du					venant de la <input type="radio"/> CSC <input type="radio"/> FGTB <input type="radio"/> nouvel affilié				
et affilié depuis le					jusqu’au				

signature affilié

En signant ce document, vous acceptez expressément que la CGSLB demande votre numéro de registre national et traite ce numéro dans le cadre de ses services.

La CGSLB conserve et traite vos données par voie informatique dans le cadre de la prestation de services aux affiliés. Conformément aux dispositions de la loi sur la protection de la vie privée, vous êtes en droit de les consulter et de les rectifier.

Mandat de prélèvement SEPA domiciliation européenne perception récurrente (Business to Customer)

En signant ce formulaire vous autorisez la CGSLB à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CGSLB. 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. Votre banque peut vous informer sur vos droits liés à votre mandat.

DONNÉES TITULAIRE DU COMPTE (à compléter par le débiteur)

nom

adresse

.....

numéro de compte:

IBAN

BIC

nom affilié (si autre que le débiteur)

fait à signature

date

DONNÉES CRÉANCIER

nom : CGSLB

identifiant créancier : BE66 007 0850330011

adresse : Koning Albertlaan 95, 9000 Gand, Belgique

RÉSERVÉ À LA CGSLB

motif domiciliation : cotisation pour numéro d’affiliation

.....

numéro de mandat