

DEMANDE D'ADHÉSION

Nouvelle adhésion Renouvellement Année de première adhésion à la CSTCFO :

NOM : NOM de jeune fille :

Prénoms : Né(e) le : à

Adresse domicile :

BP : Code postal : 988 Ville :

Téléphone et Fax domicile : Mobile : Email :

Actif **Retraité** : OTRAF CAFAT

Employeur :

Service :

Téléphone professionnel : Fax professionnel : Mobile professionnel :

Profession :

Secteur Privé

Convention collective :

Statut :

- Contractuel : CDI CDD)
 Stagiaire ou Emploi temporaire

Classification :

- Ouvrier ou Employé
 Agent de maîtrise ou Cadre
 Administratif Autre :

Qualification :

Secteur Public

Cadre : Etat Nlle-Calédonie Commune

Catégorie : A B C D

Grade :

Statut :

- Titulaire ou Stagiaire
 Contractuel (CDI CDD)
 Convention Collective

Niveau : Echelon :

Fonctions syndicales occupées :

Secrétaire : <input type="checkbox"/>	Délégué ou Représentant Syndical : <input type="checkbox"/>		
Secrétaire Adjoint : <input type="checkbox"/>	Représentant Syndical au CE <input type="checkbox"/>	Titulaire	Suppléant
Trésorier : <input type="checkbox"/>	Délégué du Personnel : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trésorier Adjoint : <input type="checkbox"/>	Délégué au Comité d'Entreprise : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Archiviste : <input type="checkbox"/>	Délégué au CHSCT : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre du Conseil Syndical : <input type="checkbox"/>	Représentant des CTP : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre du Bureau : <input type="checkbox"/>	Représentant des CAP : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser : <input type="checkbox"/>	Membre d'un Conseil d'Administration : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	préciser lequel :		

Existe-t-il un syndicat FO dans votre établissement ? OUI NON

Souhaitez-vous vous impliquer dans une structure syndicale ? OUI NON

Mode de paiement : Espèces ou Chèque : BCI CCP CE BNPPB BNC SG

Prélèvement automatique (*) (dans ce cas n'oubliez pas de joindre un RIB ou RIP (d'un compte courant) et de demander une autorisation de prélèvement à FO)

Date d'adhésion : / / 2017 - Montant de la Cotisation annuelle : F - Signature :

(*) Le paiement par prélèvement automatique sera renouvelé automatiquement chaque année.
 Si vous souhaitez y mettre fin, merci d'appeler le 27 49 50

Barème des Cotisations

Merci de vous adresser au secrétariat pour connaître le montant des cotisations au 27 49 50.

Cadre réservé à FO : ACCORD REFUS

N° de carte :