

À compléter par la CGSLB: zone

secrétariat

Coordonnées (en majuscules s.v.p.)

!!!! Domiciliation à signer au verso !!!!

nom				prénom					
rue		n°		bte		code postal		commune	
n° registre nat. (sur la carte d'identité)						sexe <input type="radio"/> femme <input type="radio"/> homme			
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				Groupe Santé CHC - Site :				Service :			
adresse				Boulevard Patience et Beaujonc, 2 à 4000 Liège							
en service à partir du				numéro d'entreprise		0 4 1 6		• 8 0 5		• 2 3 8	
commission paritaire		330		secteur d'entreprise		Non marchand					
temps plein		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		si non, je travaille		h/semaine		temps plein	38.....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

☐ J'ai lu et j'accepte les conditions d'affiliation.

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. Pour plus d'informations, consultez notre site web. Vous y trouverez le lien vers la déclaration de protection de la vie privée.



Affiliez-vous !

Votre liberté, votre voix



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA DOMICILIATION EUROPÉENNE

Perception récurrente (Business to Customer)

Données titulaire du compte (à compléter par le débiteur)

nom prénom

rue n° bte code postal commune

compte en banque IBAN

BIC

nom affilié (si autre que le débiteur)

fait à date

signature

Je soussigné(e) déclare:

- être titulaire ou mandataire du compte repris ci-dessous;
- accepter que la CGSLB envoie des ordres à ma banque pour débiter mon compte d'un montant;
- accepter que ma banque débite mon compte conformément aux instructions de la CGSLB;
- accepter la proposition de la CGSLB qui peut procéder à l'exécution de tout paiement domicilié sans délai de notification;
- accepter la proposition de la CGSLB que le paiement domicilié mensuel peut immédiatement être modifié en fonction du statut du membre connu par la CGSLB à ce moment-là, et ceci conformément au règlement des cotisations;
- accepter la proposition de la CGSLB qu'en cas d'arriérés de paiement, les arriérés peuvent être payés par une augmentation temporaire des paiements domiciliés jusqu'à concurrence du solde impayé avec un maximum de 60 euros par mois;
- accepter la proposition de la CGSLB qu'en cas de surplus inférieur au montant du paiement mensuel, ce montant sera déduit du paiement mensuel;
- être d'accord avec l'enregistrement et le traitement de mes données personnelles par l'AF CGSLB ayant son siège social au Koning Albertlaan 95 à 9000 Gent, c.-à-d. l'organisation responsable du traitement. Ces données personnelles sont uniquement traitées dans le cadre de l'exécution des services de paiement concernant les cotisations du membre pour lesquelles le mandat a été donné, y compris la prévention d'abus et de fraude. En ce qui concerne le droit d'accès et le droit de rectification de données incorrectes, une demande doit être envoyée à l'adresse précitée.

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 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Veuillez remettre ce formulaire à votre secrétariat CGSLB. En cas d'arrêt de la domiciliation, le créancier (la CGSLB) doit en être averti.



Affiliez-vous !

Votre liberté, votre voix

