

Renseignements pris par : auprès de :
 Date :

Numéro d'adhérent : **Numéro du syndicat** :

M. - Mme - Mlle

Nom : **Prénom** :

Adresse domicile :

Code postal : Ville :

① domicile : ① travail : Portable :

e-mail : Fax :

Date et département de naissance :

● **Affectation**

Secteur Postes

Secteur Télécoms

Nom et adresse de l'entreprise :

Filiale de :

Département de travail(n°) : ... Direction :

Etablissement :

● **Situation contractuelle ou administrative :**

Cadre Non Cadre Assimilé Retraité Temps Partiel : %

Salarié de droit privé <input type="checkbox"/>	Fonctionnaire ou ACO de droit public <input type="checkbox"/>
Classification selon Convention Collective :	Niveau de classification :
Métier :	Grade :
ou spécialité :	Métier :
Caisse de retraite complémentaire :	ou spécialité :
Salaire net mensuel (1) : €	Salaire net mensuel (1) : €
	(Eventuellement Indice brut :
	date d'indice :

(1) retirer éventuellement le supplément familial versé par l'employeur.

Cotisation trimestrielle : € PAC

● **Responsabilités syndicales :**

* au sein de l'entreprise ou de l'établissement :
 (DP – CE – CAP – CCP – CHSCT – DS – RS ...)

Accepte d'afficher ➔ nombre de panneaux :

Accepte de distribuer tracts ➔ nombre de tracts :

Observations :