APPEL FORMULAIRE D'AFFILIATION

Date d'affiliation souhaitée : 01 / / | n° d'affiliation *(ne pas remplir)* : 98 /

Données personnelles

○ première affiliation ○ transfert CGSLB → APPEL ○ re-affiliation

sexe ○ femme ○ homme | état civil : ○ célibataire ○ marié(e) ○ cohabitant(e) ○ divorcé(e) ○ séparé(e) ○ veuf(ve)

nom | prénom

rue | n° | bte | CP | commune | pays

gsm | téléphone fixe

e-mail

n° de registre national *(dos de la carte d'identité)*

nationalité | date de naissance • • | lieu de naissance

mode de paiement : ○ domiciliation (talon au verso) ○ virement bancaire (infos au verso)

situation particulière : ○ mise en disponibilité précédant la retraite (DPPR) ○ retraité(e) ○ chômeur(se) allocataire ○ étudiant(e)

Avez-vous précédemment été affilié à un autre syndicat ? ○ oui ○ non

Si oui : date d'affiliation • • | date de désaffiliation • •

S'il y a continuité de paiement de cotisations, merci de joindre à ce formulaire une attestation de paiements de cotisations de votre ancien syndicat afin de bénéficier des avantages selon nos conditions.

Données professionnelles 1

nom officiel de l'établissement

implantation

rue | n° | bte | CP | commune

n° d'entreprise 0 • • | n° d'établissement 2 • • •

niveau d'enseignement : ○ maternel ○ primaire ○ secondaire (DOA/D2D3) ○ haute école ○ université ○ ESA ○ cPMS

type d'enseignement : ○ ordinaire ○ spécialisé ○ CEFA ○ promotion sociale

statut : ○ temporaire ○ nommé(e) à titre définitif ○ ouvrier(ère) (CP152) ○ contractuel(le) (CP225) ○ autre

charge horaire : ○ temps plein (h/semaine) ○ temps partiel (h/semaine pour h/semaine en temps plein)

Données professionnelles 2

nom officiel de l'établissement

implantation

rue | n° | bte | CP | commune

n° d'entreprise 0 • • | n° d'établissement 2 • • •

niveau d'enseignement : ○ maternel ○ primaire ○ secondaire (DOA/D2D3) ○ haute école ○ université ○ ESA ○ cPMS

type d'enseignement : ○ ordinaire ○ spécialisé ○ CEFA ○ promotion sociale

statut : ○ temporaire ○ nommé(e) à titre définitif ○ ouvrier(ère) (CP152) ○ contractuel(le) (CP225) ○ autre

charge horaire : ○ temps plein (h/semaine) ○ temps partiel (h/semaine pour h/semaine en temps plein)

Pour un troisième emploi, veuillez nous communiquer vos données ci-dessous :

date / /

signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

En signant ce document, vous acceptez expressément que l'APPEL et la CGSLB (à laquelle l'APPEL est affiliée), demandent votre numéro de registre national et traitent ce numéro dans le cadre de leurs services.

L'APPEL et la CGSLB conservent et traitent 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.

voir verso →

Cotisations

catégories	montants mensuels
temps plein	17,80 €
· temps partiel (3/4 max.) · DPPR · demandeur d'emploi	11,10 €
· retraité · étudiant 25 ans et plus	6,50 €
étudiant 18 à 24 ans	gratuit

Toute modification future des données personnelles et professionnelles devra nous être signifiée par écrit et prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande.

En cas de paiement par virement, le montant à payer correspond à la catégorie de cotisation (17,80 €/11,10 €/6,50 €) multipliée par le nombre de mois pour lesquels vous cotisez. Vous pouvez verser ces cotisations sur le compte de l'APPEL : **BE87 2100 2464 2294,** en mentionnant en communication : vos nom/prénom, ainsi que le(s) mois correspondant au versement de ces cotisations.

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 50 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 APPEL pour numéro d'affiliation**

.....

numéro de mandat

Veuillez adresser ce formulaire au secrétariat de l'APPEL, Boulevard Baudouin 11, 1000 Bruxelles. En cas d'arrêt de la domiciliation, le créancier (la CGSLB) doit en être averti.