



BULLETIN D’AFFILIATION Code NACE (cases à remplir par le LCGB)

FORMULAIRE A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

Je soussigné(e):

Nom: _____
 Prénom: _____
 Rue: _____ N°: _____
 Code postal: _____ Localité: _____ Pays: _____
 Date de naissance: JOUR / MOIS / ANNEE Extension matricule CNS: _____
 Lieu de naissance: _____ Nationalité: _____
 Tél.privé: _____ E-mail privée: _____
 Employeur Nom: _____
 Adresse: (rue / code / localité) _____
 Institut bancaire: _____ IBAN LU _____

déclare par la présente mon affiliation au LCGB et à la VITA (CAISSE DE PREVOYANCE MUTUELLE OBLIGATOIRE)
 En application de la loi du 2 août 2002 nous vous informons que vos données nominatives seront enregistrées sur support informatique.
 Votre signature apposée ci-dessous autorise le LCGB et la VITA à utiliser vos données en vu d'une gestion rationnelle.

Fait à _____, le _____ Signature _____

Affiliation	Statut	Modes de paiement
LCGB <input checked="" type="checkbox"/>	Salarié - activités manuelles <input type="checkbox"/>	Domiciliation mensuelle <input type="checkbox"/>
VITA <input checked="" type="checkbox"/>	Salarié - activités admin. et tech. <input type="checkbox"/>	Domiciliation semestrielle <input type="checkbox"/>
CSC <input type="checkbox"/>	Fonctionnaire d'état <input type="checkbox"/>	Domiciliation annuelle <input type="checkbox"/>
FCPT <input type="checkbox"/>	Fonctionnaire commun. <input type="checkbox"/>	Ordre permanent <input type="checkbox"/>
	Chômeur <input type="checkbox"/>	Virement / Versement mensuel <input type="checkbox"/>
		Virement / Versement annuel <input type="checkbox"/>
		Cession (sur demande) <input type="checkbox"/>
Recruteur		
Nom: _____	Prénom: _____	
LCGB-N° _____	employeur: _____	

CESSION / ORDRE PERMANENT



Je soussigné(e):

Nom: _____ Prénom: _____
 Rue et N°: _____ Code postal: _____
 Localité: _____ Date de naissance: ____ / ____ / ____

déclare par la présente céder de mon salaire mensuel ou compte courant au profit et pour compte de la «Confédération Luxembourgeoise des Syndicats Chrétiens» (LCGB) la cotisation mensuelle, telle qu'elle a été fixée ainsi que la cotisation mensuelle pour la Caisse de décès Vita de _____ EURO, (case à remplir par l'administration du LCGB).

La décision en question résulte d'un extrait du procès-verbal accrédité par le comité exécutif. L'encaissement se fait de façon mensuelle, semestrielle ou annuelle (rayer les mentions inutiles). Le LCGB, représenté par son président national, est autorisé à donner quittance et décharge en mon nom. Pour autant qu'il y en a besoin, j'accorde jusqu'au montant précité:

- une cession de salaire au profit du LCGB
 Entreprise / employeur _____ N° matricule: _____

- un ordre permanent par le débit de mon compte courant (pour un compte français ajoutez s.v.p. RIB):
 institut bancaire _____ no. du compte: IBAN _____

Fait à _____, le _____ Signature _____



BEITRITTSERKLÄRUNG

NACE-Code (wird ausgefüllt vom LCGB)

FORMULAR BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Ich Unterzeichneter(r):

Name:

Vorname:

Straße: N°:

Postleitzahl: Wohnort: Land:

Geburtsdatum: TAG / MONAT / JAHR Endziffern CNS-Kennnr.:

Geburtsort: Nationalität:

Privattelefon: Private E-mail:

Arbeitgeber Name:

Adresse: (Strasse / Postleitzahl / Ort)

Finanzinstitut: IBAN LU

werde hiermit Mitglied des LCGB und der VITA (OBLIGATORISCHE MUTUALITÄTSKASSE)
EIn Ausführung des Gesetzes vom 2. August 2002 erlaube ich dem LCGB und der VITA, mit unterstehender Unterschrift, meine personbezogenen Daten zwecks rationeller Verarbeitung in einer EDV-Anlage aufzuspeichern.

Ausgeführt in _____, den _____, Unterschrift _____

Beitritt LCGB <input checked="" type="checkbox"/> VITA <input checked="" type="checkbox"/> CSC <input type="checkbox"/> FCPT <input type="checkbox"/>	Statut Erwerbstätiger (manuelle Arbeit) <input type="checkbox"/> Erwerbstätiger (admin. und tech. Arbeit) <input type="checkbox"/> Staatsfunktionär <input type="checkbox"/> Gemeindefunktionär <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/>	Rentner <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/>	Zahlungsmöglichkeiten Monatlicher Bankeinzug <input type="checkbox"/> Halbjährlicher Bankeinzug <input type="checkbox"/> Jährlicher Bankeinzug <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> Monatliche Überweisung <input type="checkbox"/> Jährliche Überweisung <input type="checkbox"/> Lohnabtretung (auf Anfrage) <input type="checkbox"/>
Recruteur Name: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> LCGB-N° <input type="text"/> Arbeitgeber: <input type="text"/>			

LOHNABTRETUNG / DAUERAUFTRAG



Ich Unterzeichneter(r):

Name: Vorname:

Straße/N°: Postleitzahl:

Wohnort: Geburtsdatum: / /

ermächtige und beauftrage den «Lëtzebuurger Chrëschtliche Gewerkschafts-Bond» (LCGB), bei meinem Arbeitgeber oder Kontoinhaber den Gewerkschaftsbeitrag, so wie derselbe festgesetzt wurde, und den monatlichen Beitrag für die Sterbekasse VITA, im Betrag von EURO, einzukassieren respektiv abzuheben (Feld wird ausgefüllt von der LCGB-Verwaltung).

Der betreffende Beschluß ergibt sich aus einem vom Exekutivvorstand beglaubigten Auszug des Protokolls. Die Einkassierung erfolgt **monatlich, halbjährlich oder jährlich (unzutreffendes bitte durchstreichen)**. Der LCGB, vertreten durch seinen Nationalpräsidenten, ist ermächtigt, in meinem Namen Quittung und Entlastung zu erteilen. Soweit dies notwendig sein sollte, gewähre ich bis zu dem obengenannten Betrag:

- eine Lohnabtretung zu Gunsten des LCGB

Firma /Arbeitgeber Kontrollnummer

- ein Dauerauftr. beim Finanzinstitut: IBAN

Ausgeführt in _____, den _____, Unterschrift _____