

BULLETIN D’AFFILIATION

Coordonnées (en majuscules svp)

Nom ⁽¹⁾										
Prénom										
Rue.....										
N°	Boîte:					Code postal				
Localité										
Pays.....										
E-mail					Langue					
N° de GSM					Date de naissance ..	.	.	.	.	.
N° de téléphone.....					N° de registre national .....	.	.	.	.	.
N° de compte IBAN .....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Code BIC.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
					Sexe:	Homme	Femme			

Renseignements professionnels

Employeur										
Entreprise										
Rue.....										
N°	Boîte:					Code postal				
Localité										
Pays.....					Commission paritaire.....	.	.	.	.	.
Activité de l'entreprise..:	<input type="checkbox"/> Commerce	<input type="checkbox"/> Industrie	<input type="checkbox"/> Finances	<input type="checkbox"/> Non-marchand	<input type="checkbox"/> Enseignement libre					
	Divers(préciser)									
Statut d'emploi ⁽²⁾										
<input type="checkbox"/> Employé(e)	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Ouvrier(-ère)								
Régime de travail ⁽²⁾										
<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel (moins de 20 h/semaine)	<input type="checkbox"/> Temps partiel (plus de 20 h/semaine)								
Autre statut ⁽²⁾										
<input type="checkbox"/> Étudiant(e)	<input type="checkbox"/> Invalide	<input type="checkbox"/> Personne en stage d'attente sans indemnité								
<input type="checkbox"/> Chômage	<input type="checkbox"/> Ateliers protégés	<input type="checkbox"/> Interruption de carrière complète/crédit temps total								
<input type="checkbox"/> Sympathisant(e)	<input type="checkbox"/> Prépensionné(e)	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Malade depuis plus d'un mois							

Données d'affiliation

Affiliation à partir du:/...../.....	
Nouveau membre ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transféré(e) de	et y était affilié(e) du/...../..... au/...../..... (preuve justificative svp)	
Mode de paiement ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Domiciliation bancaire	<input type="checkbox"/> Virement (bancaire ou postal)
	<input type="checkbox"/> Autre	

Les données communiquées au SETCa sont protégées conformément à la loi du 8.12.1992 sur la protection de la vie privée. Cette loi vous confère le droit de prendre connaissance des données conservées à votre sujet et de les corriger le cas échéant.

Merci de prendre connaissance des conditions particulières ci-dessous.

Pour accord, le/..../.....
Signature :

⁽¹⁾ Nom de jeune fille pour les femmes mariées

⁽²⁾ Cochez la case adéquate

Tout changement doit être communiqué par e-mail, fax ou courrier au service Administration du SETCa Mons :

par courrier
SETCa Mons-Borinage
Service Administration
Rue Chisaire 34
7000 MONS

par fax
+32 65 40.37.49

par E-mail
admin.mons@setca-fgtb.be

par téléphone
+32 65 40.37.37

En cas de non-communication de ces changements au SETCa Mons, ce dernier décline toute responsabilité si cette situation vous causait le moindre préjudice. En outre, dans ce cas, le SETCa Mons ne procédera pas non plus au moindre remboursement de cotisations.