



# DÉCLARATION D'ADHÉSION (Anmeldungsformular)

N° membre

- carte
- journal

*Pour une adhésion en couple, merci de remplir un deuxième formulaire  
(Für eine Mitgliedschaft als Paar füllen Sie bitte ein zweites Formular aus)*

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :     
(Name) (Vorname) (Geschlecht)

Né(e) le : ..... Nationalité : ..... Situation Familiale : .....  
(Geboren am) (Staatsangehörigkeit) (Familienstand)

Rue : .....  
(Strasse)

CP : ..... Ville : .....  
(Postleitzahl) (Stadt)

Téléphone : ..... Portable : .....  
(Handy)

Courriel : .....  
(E-Mail Adresse)

Profession : ..... Employeur : .....  
(Beruf) (Arbeitgeber)

Êtes-vous affilié à un syndicat en Allemagne ? Si oui, lequel ?  
(Sind Sie in einer Gewerkschaft? wenn ja, welche?)

*Par votre adhésion, vous pouvez bénéficier d'un tarif préférentiel auprès de certaines complémentaires santé et protections juridiques, renseignez-vous auprès de votre délégué.*

## COTISATION ANNUELLE (Jahresbeitrag)

	Cotisation	Frais d'inscription 1 <sup>ère</sup> année		Cotisation	Frais d'inscription 1 <sup>ère</sup> année
<input type="checkbox"/> Cotisation actif/chomeur* (Beitrag pro Person)	35 €	+ 20 €	<input type="checkbox"/> Cotisation forfait couple (Beitrag pro Paar)	55 €	+ 20 €
<input type="checkbox"/> Cotisation retraité (Beitrag für Rentner)	20 €	+ 20 €	<i>Nom et prénom du conjoint(e):</i>		

\*cotisation minorée à 20 € pour les personnes justifiant de revenus inférieurs à 1.000 € par mois (sur présentation annuelle d'une fiche de paye ou attestation pôle emploi)

## MODE DE PAIEMENT (Zahlungsart)

- Chèque (Scheck)
- Espèce (Bar)
- CB (EC-Karte)
- Prélèvement automatique + R.I.B. (Abbuchung per Dauerauftrag)

*Dans ce cas, remplir mandat de prélèvement sepa*

**Obligatoire pour pouvoir vous enregistrer**



- En cochant cette case, j'autorise le CDTFM à enregistrer les informations recueillies dans ce formulaire d'adhésion dans un fichier informatisé afin de valider mon inscription. Elles ont pour but de connaître ma situation afin de me conseiller au mieux. Elles n'ont pas vocation à être transmises à des organismes externes sauf accord de ma part. Elles sont conservées durant toute la durée de mon adhésion au CDTFM. Conformément à la réglementation en vigueur, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation de traitement, d'effacement et de portabilité de mes données.

En signant ci-dessous, je déclare adhérer au C.D.T.F.M. en acceptant les statuts  
(Hiermit bestätige ich meinen Satzungsgemäßen Beitritt beim C.D.T.F.M.)

Date : ..... Signature : .....  
(Datum) (Unterschrift)



COMITÉ DE DÉFENSE DES TRAVAILLEURS FRONTALIERS DE LA MOSELLE  
1, rue de la Paix - BP 30301  
57203 SARREGUEMINES CEDEX

00 33(0)3 87 95 53 41

[frontaliers.moselle@cdfm.fr](mailto:frontaliers.moselle@cdfm.fr)  
[www.frontaliers-moselle.com](http://www.frontaliers-moselle.com)