



PROVENCE ALPES

BULLETIN D'ADHESION

Mode de calcul de la cotisation

COTISATION annuelle = 10 % d'un salaire mensuel net imposable

Exemple : revenu mensuel de 2 000€ (cf bulletin de salaire) Montant de la cotisation annuelle : 2 000x0,10 = 200 € Cotisation mensuelle : 200 / 12 = 16.67€

Cotisation annuelle : x 0.10 = €

soit par mois : / 12 = €

LA 1ère ANNEE : adhésion à 50 % par prélèvement

Cotisations forfaitaires

Stagiaire : 50 euros

AED/ AESH : 40€

CROUS : 80€

Réduction de 66% de la cotisation pour tous

directement déductible de l'impôt, ou sous forme de crédit d'impôt pour les non imposables,

Pour une cotisation annuelle de 180€, la cotisation annuelle est réellement de 61,20€ (5,10€ par mois)

Modalité de paiement :

Prélèvement automatisé des cotisations (PAC)
Remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous et joindre un IBAN (ex RIB).

Le prélèvement a lieu tous les 5 du mois. ce prélèvement est tacitement reconduit et réévalué, sauf avis notifié de votre part.

La 1^{ère} adhésion par prélèvement à 50% et la cotisation stagiaire sont automatiquement basculées à 100% l'an suivant.

Fiche à renvoyer au
Sgen-Cfdt Provence Alpes
18, rue Sainte
13001 MARSEILLE

Mme Mr NOM, Prénom:

Nom de naissance : né.e le :/...../.....

ADRESSE :

Code postal : Commune :

Tél. : Portable :

Mail (en majuscules) perso :

Mail professionnel :

ÉTABLISSEMENT, ECOLE ou SERVICE :

RNE :

Ville : Tél. au travail :

CATÉGORIE : 1^{er}degré, 2nddegré, Enseignement Supérieur, BIATSS, Enseignement agricole, Jeunesse et Sport, CROUS, autre :
... (entourer votre catégorie)

Grade :

Fonction :

Discipline ou Spécialité :

SITUATION : entourer votre situation

Titulaire Stagiaire Autre :

Plein temps Mi-temps Temps partiel :%

Echelon : Indice : Hors classe : oui non

Date : Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

NUMERO ICS CFDT : FR88ZZZ254894

RUM :

Référence Unique de Mandat (à remplir par le syndicat)

Le «mandat de prélèvement SEPA» est le nouveau document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen (SEPA). En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : A/ la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; B/ votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos Nom, Prénom et adresse :

.....
.....
.....

Coordonnées du Compte N° IBAN à débiter Identification internationale du compte bancaire

.....

Nom et adresse de votre banque :

.....

.....

I type de paiement recurrent/repetitif

Syndicat Créancier :

Sgen-CFDT

ICS FR88ZZZ254894

Date : Signature :