sgen Cfdt: PROVENCE ALPES

BULLETIN D'ADHESION

(adhésion en ligne)

Mode de calcul de la cotisation

COTISATION (par mois) = salaire mensuel net <u>imposable X 0,0084</u>

<u>Exemple</u> : revenu mensuel de 2 000€ (cf bulletin de salaire) Montant de la cotisation mensuelle : 2 000 x 0,0084 = 16,8 €

Salaire mensuel net = …….. €

LA 1ère ANNEE : adhésion à- 50 % par prélèvement (hors cotisations fixes)

Cas particuliers : cotisations fixes (par mois)

Stagiaire : 4 ,17€
AED/ AESH / DISPO : 3,33€
CROUS : 6,67€

<u>Remboursement de 66% de la cotisation</u>
directement déductible de l'impôt, ou sous forme de crédit d'impôt pour les non imposables,

Pour une cotisation mensuelle de 16,8€, la cotisation est réellement de 5,54€ par mois

Modalité de paiement :

☐ Prélèvement automatisé des cotisations (PAC)
Remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous

Le prélèvement a lieu tous les mois.
ce prélèvement est tacitement reconduit et réévalué. La 1ère adhésion par prélèvement à 50% et la cotisation stagiaire sont automatiquement basculées à 100% l'an suivant.

Fiche à renvoyer (par courrier , mail ou MMS)

Sgen-Cfdt Provence Alpes
18, rue Sainte
13001 MARSEILLE
provencealpes@sgen.cfdt.fr
07 82 44 76 24

☐ **Mme** ☐ **Mr** **NOM, Prénom: ……..**

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

<u>ADRESSE</u> : ……

……

Code postal : …… Commune : ……

tél : ……

Mail (en majuscules) perso : ……

Mail professionnel : ……

<u>ÉTABLISSEMENT, ECOLE, SERVICE, STRUCTURE</u> :

……

Ville : …… RNE (UAI) : ……

Corps : ……

Grade : ……Échelon :……

Fonction,Discipline ou Spécialité :……

Situation :

Titulaire	Stagiaire	CDD	CDI

Temps de travail :

Plein temps	Mi-temps	Temps partiel : ……..%

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 : ……

……

……

Type de paiement récurrent/répétitif

Syndicat Créancier :
Sgen-CFDT ICS
FR88ZZZ254894

Date : …… **Signature** :