fiche adhésion 2018

Mr ☐ Mme ☐ NOM, Prénom : ……

ADRESSE : ……

……

Code postal : …… Commune : ……

Date de naissance : ……

Tél. : …… Portable : ……

Courriel : ……

ÉTABLISSEMENT ou SERVICE : ……

Ville : …… Tél. au travail : ……

Profession-fonction :……

Grade (exemple : PE, certifié, PLP, agrégé, PO du CROUS, PU, AAE, SAENES, ADJAENES, ITRF…):……

Discipline ou Spécialité : ……

Titulaire	Stagiaire	Contractuel	Autre : ……

Plein temps	Mi-temps	Temps partiel : ……%

Échelon : ……	Hors classe : oui - non

Date : …… Signature :

Montant de votre COTISATION ANNUELLE = 0,75% du revenu imposable de l'année 2017

Recopiez ici le montant imposable indiqué sur votre fiche de salaire de décembre 2017 (en bas à gauche)

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)

Modalités de paiement :

☐ Prélèvement automatisé des cotisations (PAC)
Remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous
et joindre un IBAN (ex RIB).
Le prélèvement est mensuel, vous serez prélevé le 5 de chaque mois. Ce prélèvement est tacitement reconduit, sauf avis de votre part

☐ Règlement par chèque à l'ordre du SGEN-CFDT

Fiche à renvoyer au

Sgen-CFDT Besançon
4B rue Léonard de Vinci
25 000 BESANCON

03 81 25 30 10
Fax : 03 81 25 30 01

Mel : besancon@sgen.cfdt.fr

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

N° BIC
Code International d'Identification de votre banque

Nom et adresse de votre banque : ……

……

……

Type de paiement récurent/répétitif

Syndicat Créancier :
Sgen-CFDT
ICS FR88ZZZ254894

Date : …… Signature :