Bulletin d'adhésion 2018-2019

Spécial Stagiaires

M. ☐ Mme ☐ NOM, Prénom : .....

ADRESSE : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

Date de naissance : .....

Tél. : ..... Portable : .....
Courriel : .....

ÉTABLISSEMENT : .....

Ville : ..... Tél. travail : .....

Entourer votre situation :
Professeur des écoles
Professeur certifié
Professeur documentaliste
Professeur Agrégé
Professeur des Lycées Professionnel
CPE

Discipline ou Spécialité : .....

Concours passé :.....

COTISATION SPÉCIALE STAGIAIRE 2018-2019 :
80 € pour l'année

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 80€, la cotisation annuelle est réellement de 27,20€ (2,26€ 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 peut être mensuel, bimestriel ou trimestriel, vous serez avisé-e des dates de prélèvements, 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

Portable 1er degré : 07 82 15 47 77
Portable 2nd degré : 07 83 81 72 36

Mel : besancon@sgen.cfdt.fr

Offre spéciale Stagiaires : adhésion maintenant, prélèvement en janvier

Date : ..... Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA **RUM :**
NUMERO ICS CFDT : FR88ZZZ254894
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 :