



ÉDUCATION FORMATION
RECHERCHE PUBLIQUES
FRANCHE-COMTÉ

Bulletin d'adhésion

Montant de votre COTISATION ANNUELLE = 0,75% du revenu imposable de l'année 2025

Recopiez ici le montant imposable indiqué sur votre
fiche de salaire de décembre dernier (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)

Modalité 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

Fiche à renvoyer à

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

03 81 2530 10
Fax : 03 8125 30 01

Mel : besancon@sgen.cfdt.fr

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 : Classe Normale Hors classe Classe exceptionnelle

Date : **Signature :**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

NUMEROICSCFDT : 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 :

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

Syndicat Créancier :

Sgen-CFDT
ICS FR88ZZZ254894

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

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

N° BIC

Code International d'Identification de votre banque

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

Type de paiement récurrent/répétitif

Date : **Signature :**