Bulletin d'adhésion

(ou de renouvellement)
Valable 12 mois à partir de la date d'adhésion

Seine et Marne
01 64 64 00 22
06 58 92 95 06
77@sgen.cfdt.fr

Val De Marne
06 46 48 01 11
06 98 33 63 68
94@sgen.cfdt.fr

Seine Saint Denis
06 64 99 47 06
93@sgen.cfdt.fr

A retourner à :

Sgen-CFDT Académie de Créteil
Maison des Syndicats
11/13 rue des Archives
94010 Créteil Cedex
01 84 60 26 67 / creteil@sgen.cfdt.fr

Coordonnées personnelles

☐ M. ☐ Mme * (*Nom et Prénom*) ……

Né·e le : ……

Adresse : ……

Tél. fixe : 0… ….. ….. ….. …..

Code Postal : …….. Ville : ……

Courriel : ……

Portable : 0 ….. ….. ….. …..

Coordonnées professionnelles

☐ **ENSEIGNEMENT :** ☐ PE ☐ agrégé·e ☐ certifié·e ☐ PLP ☐ chaire sup ☐ MDC ☐ PU ☐ personnel contractuel

Discipline **:** ……

☐ **EDUCATION, ORIENTATION :** ☐ CPE ☐ Psy-EN E D A ☐ Psy-EN E D O // ☐ contractuel

☐ **ENCADREMENT :** ☐ IEN : ☐ 1ER degré ☐ 2nd degré // ☐ PerDir ☐ IA-IPR

☐ **ACCOMPAGNEMENT :** AESH : ☐ 1ER degré ☐ 2nd degré // ☐ AED

☐ **ADMINISTRATIF :** ☐ ADJAENES ☐ SAENES ☐ Attaché // ☐ contractuel

☐ **ITRF :** catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ contractuel ☐ **FILIERE BIBLIOTHEQUE :** corps : … … … … … … … … … … ☐ contractuel

☐ **PERSONNEL OUVRIER DES CROUS :** fonctions :…… ☐ **GRETA :** fonctions : ……

Établissement, école ou service …… **RNE** : …… … . .

Adresse : …… CP : …… Ville : ……

Grade : …….. ***Temps partiel*** : ☐ *Non* ☐ *Oui* ***Quotité*** *q* : ……. …..% **Échelon** : ……

Le calcul de ta cotisation mensuelle :

Le montant de la cotisation mensuelle s'obtient en multipliant par 0,75% le salaire mensuel imposable, toutes primes et indemnités comprises.

Ma cotisation : Salaire mensuel imposable : ……x 0,0075 =…… **€ /MOIS**

Cas particulier : M1 et M2 SOCA et SOPA, disponibilité, chômage, congé parental : ***30 €*** *(pour 12 mois : Soit 2.50€/mois))*

Deux modes de paiement :

- **Le prélèvement automatique SEPA, effectué tous les 5 de chaque mois et reconduit d'une année sur l'autre par accord tacite.** Il peut être interrompu dès que la demande est faite au syndicat (par mail ou courrier postal).

  ☐ **Je choisis le SEPA**. Montant prélevé (**1/12** cotisation annuelle, **arrondi à l'€ le plus proche**) =…….. **€**
  et je remplis la partie au verso (**mandat de prélèvement SEPA**) et **je joins un RIB**

- **Le règlement par chèque : à l'ordre de « *Sgen-CFDT de l'académie de Créteil* »**

  ☐ **Je paie par 1 à 4 chèques** : Arrondis à l' € le plus proche, non antidatés (date d'encaissement au dos).
  Débité(s) aux dates suivantes :

1er ……/……/20…… 2ème ……/……/20…… 3ème ……/……/20…… 4ème ……/……/20……

La cotisation syndicale donne droit à un crédit d'impôt égal à 66 % de son montant. Une attestation fiscale te sera envoyée au moment de la déclaration de revenus.

Date : **Signature de l'adhérent·e :**

Ce bulletin permet le suivi des demandes de l'adhérent·e, la transmission d'informations et de la presse syndicale. Les informations contenues dans ce bulletin ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Elles pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/04/80 de la Commission Nationale Informatique

* *Notre logiciel, pour le moment, ne permet que deux genres.*

Sgen-CFDT Académie de Créteil

Maison des Syndicats
11/13 rue des Archives
94010 Créteil Cedex
01 84 60 26 67
creteil@sgen.cfdt.fr

Seine et Marne
15 Rue Pajol
CS 9020
77007 Melun Cedex
01 64 64 00 22
77@sgen.cfdt.fr

Seine Saint Denis
Bourse du travail
Place de la libération
93016 Bobigny Cedex
06 64 99 47 06
93@sgen.cfdt.fr

Val de Marne
Maison des Syndicats
11/13 rue des Archives
94010 Créteil Cedex
06 46 48 01 11
06 98 33 63 68
94@sgen.cfdt.fr

Motifs de ton adhésion

- ☐ Information syndicale
- ☐ Site internet
- ☐ Presse électronique
- ☐ Un·e militant·e du Sgen
- ☐ Un·e collègue au Sgen
- ☐ Défense du personnel
- ☐ Les idées du Sgen
- ☐ Permanences

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA à renvoyer à l'adresse de Créteil accompagné d'un RIB

Référence unique du mandat (RUM) qui sera attribuée par le syndicat :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace désormais l'autorisation de prélèvement au niveau européen .

- **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 dé- crites dans la convention que vous avez 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.

Nom / Prénom du débiteur : .....

Adresse : .....

N° et nom de la rue : .....

Code postal : ..... Ville :..... Pays : .....

Coordonnées du compte N° IBAN (Identification internationale du compte bancaire) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° BIC (Code international d'identification de votre banque) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domiciliation Bancaire : .....

Nom du syndicat CFDT créancier : Sgen-CFDT de l'académie de Créteil

Signature de l'adhérent·e :

ICS (identifiant créancier SEPA) : FR88ZZZ254894

Adresse : 11/13 rue des Archives – 94000 Créteil

Type de paiement : ☑ Paiement récurrent / répétitif

Signé à (lieu et date JJ/MM/AAAA) : .....