Sgen-CFDT Basse Normandie
2 rue Général Decaen
14000 CAEN
02-31-82-60-61
bassenormandie@sgen.cfdt.fr

Se syndiquer pour :
Donner les moyens au Sgen-CFDT de :
⇒ Porter des revendications: pour un projet d'Ecole, un service toutes tâches comprises,...
⇒ Assurer la défense des personnels
Recevoir en retour :
⇒L'information professionnelle
⇒Le suivi de carrière

BULLETIN D'ADHESION 2014

M/Mme/Mle NOM PRENOM: ……..……Date de naissance:…../…../…….
Adresse : ……...…….
CP:……. Ville: ……..
Tél : …/…./…./…../…. Mobile : …/…./…./…../…. Courriel: ……
J'autorise l'utilisation du courriel ci-dessus pour me communiquer les informations syndicales (rayer cette ligne si non)

Rayer: Renouvellement / Nouvelle adhésion dans l'Académie / Académie d'origine: ……
Etablissement : …….. **Code Postal Etablissement**: ……..……..……
Ministère: ……...Corps:……....
Grade : ……..…… ….Echelon :…….. Indice: ……..
Temps de travail: …..% (Discipline:… ……..……..….)
ڤTitulaire ڤ Stagiaire ڤRemplaçant ڤContractuel ڤVacataire

A…… le …….. Signature

Indice	Cot annuelle	Indice	Cot annuelle
261	87€	476	195 €
271	95 €	491	202 €
281	100 €	506	210 €
291	105 €	521	217 €
301	110 €	536	224 €
311	114 €	551	232 €
321	119 €	566	239 €
331	123 €	581	247 €
341	128 €	596	255 €
351	132 €	611	263 €
361	137 €	626	271 €
371	143 €	641	278 €
381	147 €	681	299 €
391	152 €	701	310 €
401	159 €	721	320 €
416	166 €	741	331 €
431	173 €	761	341 €
446	181 €	781	352 €
461	188 €	811	369 €

De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins….
Le taux est progressif de 0,65% à 0,95% .
Temps partiel: multiplier la cotisation par le temps de travail
ex: indice 311 à 80% -> 113 x 80% = 91€

66% du montant est déductible en CREDITd'impôt POUR TOUS

Je choisis le règlement:

ڤ par prélèvement automatique SEPA bimestriel aux 5 des mois impairs
(JOINDRE UN RIB et SIGNER ci dessous)
beaucoup plus simple à gérer; un courriel suffit pour l'arrêter

ڤ traditionnel par chèque(s)
(mettre la date d'encaissement souhaité sur chaque chèque)

ICS
FR88ZZZ254894

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (à remplir par le syndicat)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (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 que vous avez passée avec elle.
Une demande de remboursement doit 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.
Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

N	O	M		P	R	E	N	O	M																					
A	D	R	E	S	S	E		1																						
A	D	R	E	S	S	E		2																						
C	O	D	E		P	O	S	T	A	L		V	I	L	L	E														
P	A	Y	S																											
I	B	A	N	-					-					-						-					-				-		

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

B	I	C									Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement :	répétitif/récurrent	/	~~unique~~

Signé à :	ville	le	J	J	/	M	M	/	A	A	A	A

Signature :

Pour le compte de CFDT
47/49 Avenue Simon Bolivar
75950 PARIS CEDEX 19
Réf : Cotisation syndicale