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'école, un service toutes tâches comprises,...**
- ⇒ **Assurer la défense des personnels**

**Recevoir en retour :**
- ⇒ **L'information professionnelle**
- ⇒ **Le suivi de carrière**

# BULLETIN D'ADHESION 2012

M/Mme/Mle NOM PRENOM: ……..……..……Date de naissance:…../..…/…….
Adresse : ……...…….
CP:…… Ville: ……..
Tél : ..../…./…./…./…. Mobile : ..../…./…./…./…./…. Courriel: …….…….

*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

| STATUT | COUT ANNUEL |
|---|---|
| Assistant d'Education | 80 € |
| Contractuel (temps plein) | 80 € |
| Stagiaire | 80 € |
| AVS (800h/an) | 40 € |
| EVS | 20 € |
| disponibilité | 20 € |
| congé parental sans traitement | 20 € |
| étudiant préparant le concours | 20 € |

De chacun selon ses moyens,
à chacun selon ses besoins….

66% du montant est déductible de l'impôt

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)

NNE 254894

| Mandat de prélèvement SEPA |
|---|
| |
| Référence unique du mandat (à remplir par la banque) |

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.

| | |
|---|---|
| NOM PRENOM | |
| ADRESSE 1 | |
| ADRESSE 2 | |
| CODE POSTAL VILLE | |
| PAYS | |
| IBAN - - - - | |
| Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) | |
| BIC | 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