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 2013

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:… ……..……..….)
ف Titulaire ف Stagiaire ف Remplaçant ف Contractuel ف Vacataire

A…… le …….. Signature

	CERTIFIES / PLP / CPE / PE	AGREGES
Echelon	Cotisation annuelle /mensuelle	Cotisation annuelle /mensuelle
3	152 € / 12,67 €	195 € / 16,25 €
4	166 € / 13,83 €	217 € / 18,08 €
5	181€ / 15,08 €	232 € / 19,33 €
6	188 € / 15,67 €	271 € / 22,58 €
7	202 € / 16,84 €	278 € / 23,17 €
8	224 € / 18,67 €	299 € / 24,92 €
9	239€ / 19,92 €	320 € / 26,67 €
10	263€ / 21,92 €	352 € / 29,33 €
11	278 € / 23,17 €	369 € / 30,75 €
HC3	255 € / 21,25 €	320 € / 26,67 €
HC4	278 € / 23,17 €	352 € / 29,33 €
HC5	299 € / 24,92 €	369 € / 30,75 €
HC6	331 € / 27,59€	380 € / 31,67 €
HC7	352 € / 29,33 €	

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:

ف 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

ف 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