BULLETIN D'ADHESION
À renvoyer au

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

M/Mme 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**: ……..……..……
Corps:……...
Classe normale/hors classe .Echelon :……...
Temps de travail: …..% (Discipline:… ……..……..…..)
ڤTitulaire ڤ non-titulaire

A…… le …….. Signature

	CERTIFIES PLP/CPE / PE	AGREGES
Echelon	par mois	par mois
1	11 €	11 €
2	12 €	14 €
3	13 €	16 €
4	14 €	17 €
5	15 €	19 €
6	16 €	20 €
7	17 €	22 €
8	18 €	24 €
9	19 €	26 €
10	21 €	28 €
11	23 €	30 €
HC3	20 €	26 €
HC4	22 €	28 €
HC5	24 €	29 €
HC6	26 €	
HC7	28 €	
A1		32 €
A2		33 €
A3		35 €

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: éch3 à 80% → 13€ x 80% = 10,40€ → crédit d'impôt de 6,86€

66% du montant est déductible en CREDIT d'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 (**NPA à remplir par le syndicat**)

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

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 :			