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:……....
Grade : ……..…… ….Echelon :…….... Indice: ……..
Temps de travail: …..% (Discipline:… ……..……..….)
ڤTitulaire ڤ Stagiaire ڤContractuel

A.…… le …….. Signature

Net mensuel	Cot Mens
1000	7 €
1100	8 €
1200	9 €
1300	10 €
1400	11 €
1500	12 €
1600	13 €
1700	14 €
1800	15 €
1900	16 €
2000	17 €
2100	18 €
2200	19 €
2300	21 €
2400	22 €
2500	23 €
2600	24 €
2700	25 €
2800	26 €
2900	27 €
3000	29 €
<3000€	0,0095 x net mens

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: 1200€ net mensuel à 80% -> 9 x 80% = 7,2€ → 4,75€ de déduction

66% du montant 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 par virement SEPA sur le compte FR76 4255 9000 7521 0261 2880 594
prévoir un virement par année civile, pour les cotisations correspondantes
ex : deux virement de 4x7€=28€ en septembre et de 8x7€=56€ en janvier

ڤ traditionnel par chèque(s)*(mettre la date d'encaissement souhaité au verso de chaque chèque)*
un chèque pour chaque année civile, pour les cotisations correspondantes

ICS
FR88ZZZ254894

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

Mandat de prélèvement SEPA

RUM 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.

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 :			