Fiche de cotisation

BP 545 - 50015 Saint-Lô Cedex

Sgen50@wanadoo.fr 02.33.55.15.54

Nom Prénom : …….…… …… **Né(e) le** :…...../.....…/……...

Adresse : ……..

CP:……..…….. Ville: ……

Tél mobile : …..../.....…/.....…/…../..... **Courriel:** …….……

Corps: AESH / PE / PE Hors classe. **Echelon** :…….. **Temps de travail**: ….. .....%

Etablissement : …….....…… **CP** : …….

Ville . : …..... **Poste occupé** : Dir.- Adjoint - AESH.....

Montant de la cotisation :

- **66%** du montant est **déductible des impôts.**
- **Temps partiel:** la cotisation est proportionnelle au temps de travail
- Une cotisation mensuelle de **15 euros** revient **en fait à 5,10 euros** (et 2,65 € si mi-temps).

Avantage du règlement par prélèvement automatique (sepa)

- Il commence à la date de votre adhésion et peut être interrompu à tout moment sur simple demande de votre part.
- Il se fait en début de mois.

Pensez à joindre un RIB et signer le coupon ci dessous.

- Possible aussi de régler par chèque (montant = montant mensuel X 12)

Echelon	coût /mois	Echelon	Coût/ mois
1	10 €	**7**	17 €
2	12 €	**8**	18 €
3	13 €	**9**	20 €
4	14 €	**10**	22 €
5	15 €	**11**	23 €
6	16 €		
Hors classe			
4	23 €	**6**	27 €
5	25 €	**7**	29 €
AESH			
Cotisation / mois		**5€**	

ICS
FR88ZZZ254894

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat **(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 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 : récurrent.

Fait le …… à ……..

Signature