

Identifiant SNES-FSU (si vous étiez déjà adhérent)		Sexe	Masc	Fém	date de naissance
		☐	☐		
Nom (utilisez le nom connu du rectorat)			Nom patronymique (de naissance)		
Prénom					
N° et voie (rue bd ...)					
Résidence bâtiment escalier...			boite postale, lieu dit, ville (pays étrangers)		
Code postal		Ville ou pays étranger			
Téléphone 1		portable ou téléphone 2		télécopie	
Adresse électronique					
(respectez minuscules majuscules et caractères spéciaux)					
Etablissement d'exercice :					
Nom et ville					

Catégorie (certifié agrégé Cpe)

Discipline

Barème des cotisations (en €)

Corps	Certifié Cpe	Agrégé
Cotisation	116	137
Montant d'un des 6 prélèvements	19,70	23,20
(Coût réel après crédit d'impôt)	(40,00)	(47,00)

J'accepte de fournir au Snes et pour le seul usage syndical les données nécessaires à mon information et à l'examen de ma carrière. Je demande au Snes de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions paritaires et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements informatisés dans les conditions fixées dans les articles 26 et 27 de la loi du 6.01.1978. Cette autorisation est révoquée par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au Snes 46 avenue d'Ivry 75647 Paris Cedex 13 ou à ma section académique.

Mode de paiement : cocher l'un des trois modes proposés.

Montant total de la cotisation:

	€
--	---

□ 1- Prélèvements reductibles en 5 fois

Ils seront reconduits les années suivantes aux mêmes dates. Je serai informé de leur montant et de leurs échéances en début d'année scolaire. Je pourrai alors dénoncer cette reconduction ou modifier le montant et le mode de paiement.

☐ 2- Prélèvements non reconductibles en 5 fois. (Mêmes règles liées à la date de réception que pour les prélèvements reconductibles, valables uniquement pour l'année scolaire en cours.)

□ 3- Chèque joint à l'ordre du SNES-FSU.

Date _____

Signature

MANDAT



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SNES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNES.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits, concernant le présent mandat, sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



Veuillez compléter en lettres capitales en respectant le précasage

[illegible]

Pour le compte de :

SNES
46, avenue d'Ivry
75647 PARIS Cedex 13

Ref : COTISATION SNES

à :
Le :
SIGNATURE :

Païement : ☒ récurrent ou ☐ unique

MERCI DE JOINDRE UN RIB

Document à renvoyer à l'adresse indiquée en haut du bulletin d'adhésion

Ne rien inscrire sous ce trait

[illegible]

Identifiant créancier SEPA : FR 59 ZZZ 131547