Bulletin d'adhésion ou de ré-adhésion 2018-2019

M, Mme …….. …….. Nom de naissance ……

Prénom : ……

Date de naissance : ___/____/_____

Adresse : ……..……

Code postal : __/__/__/__/__ Commune : ……

Téléphone : ____/____/____/____/____

Adresse électronique : ……@.....

Etablissement d'affectation : ……

Poste occupé : …… Instit/PE échelon : ____

Cotisation

❒ Paiement par chèques - Nombre de chèques : ___

❒ Paiement par prélèvement automatique (joindre l'autorisation de prélèvement et un RIB) : 10 prélèvements effectués le 05 de chaque mois (dernier prélèvement en juillet).

Signature :

Montants des cotisations en euros

	PE classe normale									Pe hors classe				PE classe exceptionnelle					
échelons	3	4	5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	2	3	4	spécial Chevron 1	spécial Chevron 2	spécial Chevron 3
Adjoint classe	114	120	127	134	141	148	157	166	175	178	182	189	198	199	210	225	241	252	264
spécialisé	119	125	132	139	146	154	162	171	180	183	189	198	208	209	220	235	251	262	274
PEMF	120	126	133	140	147	155	163	172	181	184	190	199	209	210	221	236	252	263	275
Direction 2	119	125	132	139	146	154	162	171	180	183	189	198	208	209	220	235	251	262	274
Direction 5 à 9	124	130	137	145	154	159	167	176	185	188	194	204	213	214	235	240	256	277	289
Direction 10 classes et +	127	133	140	148	158	162	170	179	188	191	197	207	216	217	238	243	259	280	292
PEGC	128	134	140	146															

PE Stagiaire,	**89 €**
EVS/AVS, M1 + M2 + Disponibilité, congé parental	**39 €**
Temps partiels	**Cotisation fois la quotité avec un minimum de 85 €**

Retraités - 1000 €	**89 €**
Retraités 1000 à 1300 €	**97 €**
Retraités 1300 à 1500 €	**102 €**
Retraités + 1500 €	**107 €**

✂……

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat SNUIPP 45 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUIPP 45.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat

(réservé au créancier) :

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE

Nom, Prénom * : ……..

Adresse * : ……

……..

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| VILLE : ……

Identifiant du Créancier SEPA : FR 75 ZZZ 431 183

Nom : **SNU- IPP 45**
Adresse : **10 rue Molière**
Code postal : **45 000**
Ville : **ORLEANS**

IBAN (*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC (*) | | | | | | | | | | | |

Prière de compléter cette autorisation et de joindre un Relevé d'identité Bancaire , Postal ou de Caisse d'Epargne.
Ne pas omettre la date et la signature.

Le (*) : ☐☐ ☐☐ **20** ☐☐ à (*) :……

Signature (*) :

Les informations contenue dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec le client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.