SNASUB FSU BULLETIN D'ADHÉSION 2015 - 2016

Deux possibilités vous sont offertes pour le paiement de votre adhésion :

> par chèque : 1, 2 ou 3 chèques, datés du jour de l'adhésion et encaissés mensuellement, à l'ordre du SNASUB, à envoyer à votre Trésorier académique (adresse sur notre site et en page "Contacts" de notre revue mensuelle "Convergences").

> par prélèvement automatique sur compte postal ou bancaire, à envoyer au ***Trésorier national du SNASUB-FSU, 104 rue Romain Rolland - 93260 LES LILAS***. Cette possibilité vous permet de fractionner en 5 le paiement de votre cotisation. Il sera ensuite reconduit automatiquement les années suivantes. Vous en serez averti(e) par courrier à chaque rentrée scolaire et vous pourrez modifier la date de votre premier prélèvement, apporter les corrections nécessaires à votre situation (indice, quotité de travail...), choisir un autre mode de réglement ou décider de ne pas réadhérer.

Merci de remplir tous les champs avec précision.

Comment calculer le montant de votre cotisation ?

Ajoutez à vos **points d'indice nouveau majoré** vos points **NBI** (le cas échéant) et appliquez à ce total le coefficient suivant :

> entre l'indice 309 et l'indice 350 :	0,25 € par point d'indice
> entre l'indice 351 et l'indice 400 :	0,29 € par point d'indice
> à partir de l'indice 401 :	0,32 € par point d'indice
CAS PARTICULIERS :	
> CDD inférieur à 12 mois :	30,50 €
> Congé parental ou disponibilité	30,50 €
> CDI et CDD nommés pour une année :	selon l'indice et la quotité
> Temps partiel :	au prorata temporis

> Retraités (selon la pension brute mensuelle) : moins de 1100€ : 25 €; de 1100 € à 1250 € : 3%; de 1251 € à 1500 € : 3,5%; de 1501 € à 2000 € : 4%; supérieur à 2000 € : 4,5% *(comprend l'adhésion à la Fédération générale des Retraités - FGR - et l'abonnement au Courrier du Retraité)*

ANNEE DE NAISSANCE

NOM : .....

PRENOM : .....

☐ HOMME ☐ FEMME

☐ NOUVEL ADHERENT ☐ ANCIEN ADHERENT

SECTEUR
- ☐ BIB
- ☐ CROUS
- ☐ EPLE
- ☐ JS
- ☐ RETRAITÉS
- ☐ SERVICE
- ☐ SUP
- ☐ Autre :

STATUT
- ☐ AENES
- ☐ BIB
- ☐ DOC
- ☐ ITRF
- ☐ Non titulaire

CATEGORIE
- ☐ A ☐ B ☐ C
- ☐ Contractuel CDI
- ☐ Contractuel CDD 12 mois
- ☐ Contractuel CDD

CORPS :

GRADE :

QUOTITE DE TRAVAIL : ..... %

Interruption d'activité (disponibilité, Congé parental...) :

VOS COORDONNÉES

APPARTEMENT, ETAGE : .....

ENTREE, IMMEUBLE : .....

N°, TYPE, VOIE : .....

LIEU DIT : .....

CODE POSTAL, LOCALITE : .....

TEL : ..... PORTABLE :.....

VOTRE ÉTABLISSEMENT

TYPE (collège, université, rectorat...) : .....

NOM D'ETABLISSEMENT : .....

SERVICE : .....

RUE : .....

CODE POSTAL, LOCALITE, CEDEX :.....

TEL PROFESSIONNEL : ..... PAYS : .....

COTISATION

(_ _ _ _ _ +_ _ _ _ _) x _ _ _ _

x

Quotité (ex : x 0,8 pour 80%)

_ _ _ _ =

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ €

Les cotisations syndicales ouvrent droit à une réduction d'impôt de 66% de leur montant ou à un crédit d'impôt en cas de non imposition

DATE :

Adresse e-mail pour recevoir votre carte d'adhérent et des informations syndicales :

Signature :

☐ **Règlement par chèque** Nombre de chèques : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Montant réglé : _ _ _ _ _ _ _ _€

☐ **Prélèvement automatique SEPA**

> MONTANT DE LA MENSUALITÉ (COTISATION/5) : .....

> DATE DE DÉBUT DES PRÉLÈVEMENTS : 05/...../ 20.....

Agrafer RIB ou chèques ICI

MANDAT DE PRELEVEMENT

SEPA Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SNASUB à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNASUB.
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 et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter en lettres capitales

Vos nom et prénom .....

Votre adresse .....

(Complète) .....

.....

Vos coordonnées bancaires ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Code international d'identification de votre banque - **BIC**

Paiement répétitif ou récurrent ☒

Paiement ponctuel ☐

Signé à

le

Pour le compte de : **SNASUB**
104 rue Romain Rolland
93260 LES LILAS

Référence : cotisation SNASUB

Référence unique du mandat (sera complétée par le SNASUB)

Identifiant créancier SEPA : FR59 ZZZ59 5401

A envoyer **accompagné d'un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** avec votre bulletin d'adhésion ou de réadhésion à :
SNASUB-FSU - TRESORERIE NATIONALE - 104 RUE ROMAIN ROLLAND - 93260 LES LILAS