FORMATION ET ENSEIGNEMENT PRIVÉS ARDÈCHE

BULLETIN D'ADHESION

SYNDICAT DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE CFDT DE L'ARDECHE

[_] M [_] Mme ou Mlle Nom/Prénom _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____ E-mail : _____

Tel : _____ Portable : _____ Si temps partiel, préciser : _____

Etablissement : _____ à (lieu) : _____

Votre employeur est : [_] Enseignement Agricole,
[_] Education nationale,
[_] Institution Privé (OGEC ou autres formes)

Catégorie : [_] 1er degré, [_] 2er degré,

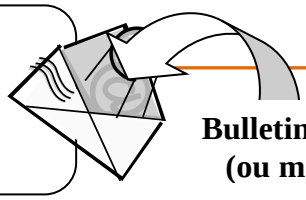
COTISATION : Elle est de 0,8% du salaire net. Nous délivrons une attestation fiscale ouvrant droit à une **réduction ou un crédit d'impôts égale à 66% de la cotisation** (sommes versées dans l'année).
Montant de la cotisation mensuelle : (salaire annuel x 0,008) / 12 = _____ Euros

Mode de Paiement : [_] Annuel exigible début janvier**
[_] Semestriel exigible début janvier et début juillet**
[_] Prélèvement automatisé des cotisations (PAC)

***Pour le 1er versement compter le nombre de mois à couvrir avant l'échéance début janvier ou début juillet.*

Date : _____ **Signature** :

SEP CFDT ARDECHE
A l'attention du trésorier
UL CFDT de Tournon
Hôtel de la Tourette – Place St Julien
07300 TOURNON S/ RHÔNE



Bulletin signé et 1er versement (ou mandat SEPA et RIB).

*Pour le PAC, remplir et signer le mandat suivant et **joindre un relevé d'identité bancaire** (RIB). Les prélèvements ont lieu le 10 des mois impairs.*

CFDT - MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (RUM) délivré par le syndicat : _____

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le nouveau document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen (SEPA).
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque (désignée dans le cadre ci-dessous) 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 ou 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.

Votre Banque : _____

N°IBAN du compte à débiter : _____

N° BIC du compte à débiter : _____ Type de paiement : paiement récurent/répétitif

Nom et Prénom du débiteur : _____

Adresse du débiteur : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

NOM du CREANCIER : CFDT
ICS (identifiant créancier SEPA) : **FR88ZZZ254894**
Adresse : MAISON DES SYNDICATS
18 Avenue de Sierre – 07200 AUBENAS

Date : _____ **Signature** :



Pour se connaitre un peu plus et répondre à vos attentes : entourez ou complétez pour répondre

Nom : ---------- **Prénom :** ----------

Adresse actuelle : ----------

N° Tel : ---------- **Adresse internet :** ----------

<u>Votre contrat de travail</u> *Entourez pour indiquer votre réponse*

Vous êtes enseignant titulaire d'un contrat : Définitif (Titulaire du poste) *Provisoire (stagiaire)*

Vous êtes Délégué Auxiliaire suppléant : en CDI en CDD

Vous êtes personnel OGEC : en CDI en CDD

<u>Si vous enseignez en 1er degré</u> *Entourez pour indiquer votre réponse*

Vous enseignez dans le cycle : cycle 1 cycle 2 cycle 3

Etes-vous aussi Chef d'établissement : oui non

<u>Si vous enseignez en 2er degré</u> *cochez le secteur* [_] Education nationale [_] Enseignement Agricole

Entourez le type d'établissement : Collège Lycée Professionnel Lycée Général et Technologique

Matière enseignée : ----------

Entourez le cycle : Cycle 3 Cycle 4

Entourez votre échelle de rémunération et votre échelon svp

Instituteurs – Professeurs d'école – Certifiés – Agrégés – Bi admissibles – MA 2 – MA1 – Hors classe

Echelon : 1 2 3 4 5 7 8 9 10 11 12

<u>Si vous êtes personnel OGEC</u> *Entourez votre catégorie et indiquez votre fonction svp*

Vous entrez dans la catégorie : Administration Education Service

Votre Fonction : ----------

*Exemple de Fonction (secrétaire, cuisinier, surveillant…)

Montant mensuel de votre cotisation : ……. (0.08%/12)

Toutes ces informations resteront strictement confidentielles et ne seront pas communiquées à des tiers