

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse personnelle : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_  
 Tél portable : \_\_\_\_\_  
 Tél fixe : \_\_\_\_\_  
 Fonction : \_\_\_\_\_  
 Catégorie (Insti/ PE) : \_\_\_\_\_ Échelon : \_\_\_\_\_



**66% de la cotisation en crédit d'impôts !**

Cotisation annuelle	100 €	130 €	160 €	200 €
Coût mensuel après déductions des impôts	2,83 €	3,68 €	4,53 €	5,67 €

**vos cotisations = nos seules ressources**  
 pour vous informer, vous soutenir, organiser des RIS, des actions...

Le SNUipp/FSU pourra utiliser les renseignements ci-dessus pour m'adresser les publications éditées par le SNUipp et la FSU.



**Notre force, c'est d'être ensemble**



**Majoration de cotisation :**

Spécialisé : 5€ - Chargé d'école : 1€

Direction < 5 cl. : 5€ - Direction 5 cl. et plus : 8€

**Cotisation réduite :**

Temps partiels = cotisation réduite au prorata de la quotité travaillée (avec 90€ au minimum)

Retraités : 85 €

Étudiants M2, AE, AESH, EVS : 40 €

**Nouveaux syndiqués : 99 €**  
 (si prélèvement automatique)

**Ma cotisation annuelle s'élève à : .....€**

Echelon	Professeur des écoles		Instituteur/trice		PE - Hors Classe	
	indice	cotisation	indice	cotisation	indice	cotisation
1	353	115			516	160
2	383	125			570	180
3	440	130			611	193
4	453	137			652	205
5	466	143			705	221
6	478	152			751	235
7	506	160			793	247
8	542	171	428	138		
9	578	182	449	144		
10	620	206	479	152		
11	664	210	523	166		



DATE : ...../...../..... SIGNATURE :

**Mode de paiement :**  **PRÉLÈVEMENT MENSUEL** compléter le mandat ci-dessous et nous joindre un RIB.

<b>MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA</b>		<b>Identifiant Créancier SEPA (ICS) :</b>	
Référence Unique du Mandat (RUM)			
En signant ce formulaire, vous autorisez le SNUipp-FSU 90 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUipp-FSU90. 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.			
Nom et adresse du débiteur : .....		<b>NOM et adresse du créancier :</b> SNUIPP-FSU 90 MAISON DU PEUPLE SALLE 0.06 PLACE DE LA RESISTANCE 90020 BELFORT CEDEX	
<b>Désignation du compte à débiter :</b>			
Numéro d'identification international du compte bancaire (IBAN)		Code international d'identification de votre banque (BIC)	
Banque	Guichet	N° de compte	Clé
Fait à ..... le .....		Signature :	

**CHÈQUE** en 10 fois maximum, avec le montant total de la cotisation annuelle encaissé au plus tard fin **JUIN 2018**

Si vous payez en plusieurs fois, indiquez nous sous chaque mois choisi, le montant du chèque à encaisser :

oct	nov	déc	jan	fév	mar	avr	mai	juin	juill

*Les informations recueillies dans le présent questionnaire ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*