

NOM : _____ Prénom : _____
 Adresse personnelle : _____
 Mail : _____
 Tél portable : _____
 Tél fixe : _____
 Fonction : _____ Tps Partiel : _____
 INSTIT / PE CN HC CEx 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...

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 Mi, AE, AESH, EVS : 40 €

Nouveaux syndiqués : 99 €
(si prélèvement automatique)

Ma cotisation annuelle s'élève à :€

DATE : _____ SIGNATURE : _____

...../...../.....

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



Echelon	Professeur des écoles		Instituteur/trice		PE - Hors Classe	
	indice	cotisation	indice	cotisation	indice	cotisation
1	388	116			616	194
2	441	126			657	206
3	445	131			710	222
4	458	138			756	236
5	471	144			798	248
6	483	153			PE - Classe Excep.	
7	511	161			1-695	218
8	547	172	428	139	2-735	231
9	583	183	449	145	3-775	243
10	625	207	479	153	4-830	261
11	669	211	523	167		

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

Le prélèvement démarre le 10 du mois suivant la réception du bulletin complet et se répartit mensuellement jusqu'au 10 juillet 2019

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA				Identifiant Créancier SEPA (ICS) :			
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 : _____ _____ _____				Nom et adresse du créancier : SNUIPP-FSU 90 MAISON DU PEUPLE SALLE 0.06 PLACE DE LA RESISTANCE 90020 BELFORT CEDEX			
Désignation du compte à débiter :							
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 2019

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