Bulletin d'adhésion au SNUipp-FSU de Vendée

Année scolaire 2018-2019

02 51 62 03 14
snu85@snuipp.fr

à renvoyer à l'adresse suivante :
SNUipp-FSU 85
Pole associatif
71 bd Aristide Briand – BP 01
85001 LA ROCHE SUR YON CEDEX

Votre situation

☐ PE | Échelon : ___ | ☐ CPC | ☐ Retraité
☐ 50 % ☐ 75 % | ☐ Instit. | ☐ Adjoint | ☐ Psy EN | ☐ Spécialisé
☐ 80 % ☐ 100 % | ☐ PEGC | ☐ Directeur | autre : _____

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle : _____

_____

CP : |_|_|_|_|_| Ville : _____

N° téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse mail : _____

Affectation : _____

Ville : _____

Mise en conformité avec la Commission Nationale Informatique et Libertés afin de pouvoir continuer à vous informer rapidement.

Je demande à la section du SNUipp-FSU 85 de me communiquer les informations professionnelles et de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions paritaires et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements automatisés dans les conditions fixées par les articles 26 et 27 de la loi du 6.01.78. Cette autorisation est révocable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au SNUipp-FSU 85.

Je me syndique au SNUipp-FSU afin de contribuer :

- *à la défense des intérêts matériels et moraux des personnels actifs et retraités,*
- *au développement du service public et laïque d'Éducation,*
- *au maintien de l'unité de la profession dans un SNUipp-FSU indépendant, pluraliste et démocratique.*

Signature

Tableau des cotisations 2018-2019 **PE et PSY-EN**

Échelon	PE classe normale	PE hors classe	PE classe exceptionnelle	PSYEN classe normale	PSYEN classe normale	PSYEN classe exceptionnelle
1	50	171	207	115	171	207
2	50	183	219	131	183	219
3	132	196	231	132	196	231
4	136	212	249	136	212	249
5	140	225	267	140	225	267
6	143	238	278	143	238	278
7	152		292	152		292
8	163			163		
9	173			173	*Directions et postes spécialisés : cf. tableau ci-dessous*	
10	186			186		
11	199			199		

Instituteurs-trices

Échelon	Instit
8	128
9	135
10	144
11	157

Temps partiels : *calculer au prorata de la quotité rémunérée.*

Tableau des cotisations 2018-2019 ***Retraités***

moins de 1 450€	85
de 1 450 à 1 600 €	97
de 1 600 à 1 700 €	105
de 1 700 à 1 850 €	113
de 1 850 à 2000 €	122
Plus de 2000€	127

Fonct. Stagiaire	50 Cout réel 17€	EVS / AVS	50 Cout réel 17€
PEGC	*Nous consulter*	Disponibilité *ou* Congé parental	50 Cout réel 17€

À rajouter si *bonification*

Direction 2-4 classes	Direction 5-9 classes	Direction + de 9 classes	Direction SEGPA	Spécialisé ASH, CAFIPEMF
7	11	14	14.5	8

Montant de votre cotisation : _____ €

Avec le crédit d'impôt, la cotisation correspond à 33 % de son montant initial (PE 9ème échelon : 56 € après déduction)

COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?

☐ par chèque(s) à l'ordre du SNUipp-FSU 85.
nb chèques : ..... (5 chèques maximum)

☐ par prélèvements SEPA octobre 2018 à juillet 2019
(Nombre .....mensualités (entre 2 et 6).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - JOINDRE UN RIP, RIB OU RICE

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **SNUipp-FSU 85** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SNUipp-FSU 85***
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Banque : _____ Identifiant créancier SEPA : FR73ZZZ406678

Débiteur			**Créancier**		
Votre nom			Nom	**SNUipp 85**	
Votre adresse			Adresse	**Pole associatif**	
				71 blv A. Briand	
Code postal	Ville		Code postal	**85001** Ville	**La Roche sur Yon Cedex**
Pays			Pays	**France**	

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Paiement [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

À ..... Signature :

Le |_|_|_|

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Veuillez compléter tous les champs du mandat.