Adhésion 2018-2019

NOM ..... Prénom .....

Nom de naissance..... Né(e) le .....

Adresse : .....

Code postal |_|_|_|_|_| Commune .....

☎ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° de portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail .....

J'accepte de recevoir par mail les infos du SE-Unsa ☐ OUI ☐ NON

ETABLISSEMENT/ECOLE .....

CORPS : ..... ❑ Temps complet ❑ Temps partiel : .....%

SITUATION : ❑ Titulaire ❑ Stagiaire ❑ Etudiant ❑ Autre (Disponibilité, congé) :..... ❑ Retraité(e)

ÉCHELON : ..... ❍ Classe normale ❍ Hors-classe ❍ Classe exceptionnelle

Montant de la cotisation : ..... Mode de paiement :

- ☐ Prélèvement automatique tous les deux mois à partir d'octobre, compléter le mandat SEPA et joindre un RIB
- ☐ Adhésion en ligne sur www.se-unsa.org ; paiement sécurisé par CB.
- ☐ Paiement par chèque(s) : 1 à 3 chèques au maximum, encaissés à partir de septembre 2018.

J'adhère au Syndicat des Enseignants-UNSA. *Date et signature :*

Les informations recueillies ne sont destinées qu'au fichier syndical et peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès, loi 78-17 du 6/1/78

Cotisations syndicales : coût réel 33% du montant

Echelon :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Profs des Ecoles	88	159	160	165	170	174	184	197	210	226	242
Hors classe	207	222	237	257	273	289					
Classe except.	251	266	280	301	HEA1 : 322		HEA2 : 335		HEA3 : 352		
Instituteurs					142	145	148	156	163	174	190

Stagiaires : **88** €

T1 déjà adhérents en 2017/2018 (sauf adhésion découverte) : 120€ uniquement en prélèvement automatique.

Contractuels	105	137	171	AED, AESH : 73	C.U.I. : 50

Retraités : 104 € (pension <1400€) ; 128 € (pension entre 1400 et 1850€) ; 138 € (pension >1850€)

Temps partiel, CPA : au prorata du salaire. Dispo, congé parental, étudiant, vacataire : 41

Mandat de prélèvement SEPA

SEPA Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SE-UNSA 67 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SE-UNSA 67

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.

Référence unique du mandat : Identifiant créancier SEPA : FR16ZZZ401981

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom SE-UNSA 67

Adresse 25 rue de Mulhouse

Code postal 67100 Ville STRASBOURG

Pays FRANCE

IBAN

BIC

Paiement : [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

A : Le :

Signature :

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.