BULLETIN D'ADHESION 2016 – 2017

Tel: 0269618978

Mayotte SNUipp F.S.U. Fédération Syndicale Unitaire

□ **Nouvelle adhésion**
□ **Renouvellement**

VOTRE COTISATION

Echelon	IFPERM	PE	PE.HC
1	77 €	91 €	130 €
2	88 €	100 €	138 €
3	93 €	108 €	149 €
4	95 €	112 €	161 €
5	98 €	118 €	171 €
6	100 €	121 €	183 €
7	102 €	130 €	193 €
8	104 €	138 €	
9	110 €	149 €	
10	115 €	161 €	
11	123 €	171 €	

*** Contractuels, AESH : 57 €**

Le SNUipp-FSU Mayotte utilisera ces informations pour m'adresser personnellement ses publications (L'Ecole, Fenêtres Sur Cours, Pour, Lettre électronique d'information...) et me communiquer les informations professionnelles et de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions paritaires.

M / Mme/ Mlle

Nom :……..……..

Prénoms :……..

Date de naissance :……..

Adresse personnelle : …….....
…….

GSM : 06 39 ……E-mail : ……..

Etablissement d'exercice : ……..

Fonction : ……..

□ Contractuel (le) □ IFPERM □ PE □ AESH

Echelon : ……

Je me syndique au SNUipp FSU Mayotte afin de contribuer à la défense des intérêts matériels et moraux des personnels actifs et retraités, au développement du service public d'Education, au maintien de l'unité de la profession. J'autorise le SNUipp à faire figurer ces informations dans ses fichiers et ses traitements automatisés dans les conditions fixées par les articles 26 et 27 de la Loi du 06/01/78. Je peux annuler cette autorisation ou exercer mon droit d'accès en m'adressant par écrit à la section de Paris.

Montant de la cotisation : …… **€**……..
(La cotisation syndicale donne droit à une réduction d'impôt d'un montant de 50% de la cotisation versée)

MODE DE RÈGLEMENT

□ **Chèque** (s) libellé (s) à l'ordre de SNUIPP Mayotte
□ Prélèvements automatiques (remplir le formulaire ci-dessous et joindre un RIB, un RIP ou un RICE).
□ Ordres de virement (CB: 10107-CG: 00160-00510600041x-C: 95)

Date : le ……/……/201…

Signature :

Mandat de prélèvement SEPA—Cotisation SNUipp-FSU Mayotte

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNUipp-FSU Mayotte à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instruction du SNUipp-FSU Mayotte. 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.

DEBITEUR
NOM ……PRENOM ……
ADRESSE ……CP …… COMMUNE ……
Type de prélèvement : □ Mensuel (de ……/……/201… à ……/……/201…) - □ Annuel
Montant en lettre : ……..…….. (…….……€)

IBAN

BIC

Fait à …….., le ……/……/201… Signature