Lycées - BULLETIN D'ADHESION

Syndicat CGT Hauts-de-France

Région Hauts-de-France
Nord Pas de Calais - Picardie

Nom et Prénom :……

Fonction :……

Etablissement/Direction …… **Ville** :……

Adresse personnelle :…… ……

Code Postal :…… …… **Ville** :……

Date de naissance :……/……/…… **Statut :**……**(CDD, CDI, Intérimaire)**

Téléphone fixe et/ou portable :……

Adresse Mail :……@……

En signant, j'accepte le prélèvement automatique mensuel (SEPA) de mes cotisations et je remplis la feuille de Mandat de prélèvement SEPA au verso. Les prélèvements s'effectueront chaque fin de mois de janvier à décembre.

Veuillez inscrire ci-dessous le montant du prélèvement mensuel par rapport à votre grade à l'aide de la grille des cotisations mensuelles ci-dessous.

GRADE /……

Pourcentage de temps de travail :……**.% .Le montant de la cotisation est calculé au prorata du temps de travail.**

Somme à prélever par mois en euros :……

Le ……/……/…… **Signature de l'adhérent :**

Barème des Cotisations syndicales

CATEGORIES	Montant en euros
C1 – Contractuel/Retraité/ Adj technique 2ème classe/Adj Adm 2ème classe, intérimaire	6,85
C2 – Adj technique 1ère classe/ Adj technique principal 2ème classe/ Adj Adm 1ère classe, Adj Adm principal 2ème classe	9
C3 – Adj technique principal 1ère classe/Adj Adm principal 1ère classe	10
Agent de Maîtrise	11
Agent de Maîtrise principal	12
B – Technicien	13

Réduction ou crédit d'impôts : elle est égale à 66% des cotisations versées.

Document à renvoyer à Syndicat CGT Hauts-de-France – 151 Avenue du Président Hoover – 59555 LILLE CEDEX. Pour tout contact Tél : 03.74.27.57.07. ou par mail à CGT@hautsdefrance.fr

Région Hauts-de-France
Nord Pas de Calais - Picardie

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

(à remplir par le Trésorier du syndicat)

En signant ce document, vous autorisez A) le Syndicat CGT Région Hauts-de-France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat CGT Région Hauts-de-France. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Créancier
Identifiant créancier SEPA (ICS) : FR22ZZZ636322
Syndicat CGT Région Hauts-de-France
151 Avenue du Président Hoover
59555 LILLE CEDEX - FRANCE

Débiteur
Votre Nom et Prénom :……
Votre Adresse :……
……
Code Postal et Ville :……

Numéro de compte IBAN :

Code BIC :……

Date : Le …… A ……

Signature :

Merci de joindre votre Relevé d'Identité Bancaire

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que sont prévus aux articles 38 et suivant de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.