

Informations personnelles	Civilité: <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom : <input type="text"/>	Nom de naissance: <input type="text"/>
	Prénom : <input type="text"/>	Date de naissance: <input type="text"/>	
	Adresse : <input type="text"/>		
	CP <input type="text"/>	- Ville <input type="text"/>	
	Téléphone : <input type="text"/>	- Adresse mél : <input type="text"/>	

Informations professionnelles	Établissements d'exercice	Nom : <input type="text"/>	Ville: <input type="text"/>	
		Nom : <input type="text"/>	Ville: <input type="text"/>	
	Statut(s)	<input type="checkbox"/> Rémunéré par l'État (MEN ou MASA)	<input type="checkbox"/> Rémunération de droit privé	Cas particulier
		<input type="checkbox"/> Enseignant :	<input type="checkbox"/> personnel éducatif	<input type="checkbox"/> temps partiel
		• grade = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> personnel administratif	<input type="checkbox"/> congé : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cl.N <input type="checkbox"/> Hors-Cl. <input type="checkbox"/> Cl.Exp		<input type="checkbox"/> personnel des services	<input type="checkbox"/> RQTH	
• échelon = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> personnel de direction	<input type="checkbox"/> autre: <input type="text"/>		
• matière = <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> formateur			
<input type="checkbox"/> AESH	<input type="checkbox"/> enseignant			

Cotisation	La cotisation mensuelle est égale à 0,75 % du salaire mensuel net avant impôt.	
	Montant de la cotisation mensuelle : <input type="text"/>	Date d'adhésion : <input type="text"/>
	A la fin de chaque année civile, le montant de votre cotisation peut-être réévalué pour l'année suivante en fonction de l'évolution de vos salaires, de vos promotions ou de vos pertes d'heures. Toute adhésion ou résiliation est prise en compte dans un délai de 3 semaines hors congés.	
	<input type="checkbox"/> Prélèvement Automatique des Cotisations le 5, 10 ou 25 du mois. <input type="checkbox"/> Paiement traditionnel (chèque à l'ordre de FEP CFDT Bourgogne) en janvier pour être à jour de ces cotisations.	

Je déclare que les informations mentionnées ci-dessus sont correctes et je m'engage à signaler tout changement intervenant dans ma situation. Je déclare adhérer à la FEP CFDT.

Fait à

Le

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : (A) La CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT. 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

DEBITEUR

Nom : Prénom :

Adresse

CP - Ville

COORDONNEES DU COMPTE A DEBITER

IBAN

BIC

Type de paiement : paiement récurrent / paiement répétitif

NOM DU SYNDICAT CREANCIER

CFDT SERVICE PLUS

ICS (identifiant créancier SEPA) = **FR88ZZZ254894**

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ BANCAIRE

Fait à

Le

Signature :