



BULLETIN D'ADHESION 2011-2012

Spécial « stagiaires IUFM »



A remettre au trésorier du SNES de votre établissement d'exercice ou à la section académique du SNES : 209, rue Nationale, 59000 Lille. Tél : 03 20 06 77 41 / Fax : 03 20 06 77 49

Identifiant SNES (si vous étiez déjà adhérent) : _____

Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : _____

Nom _____

Nom jeune fille _____

Prénom _____

Résidence, Bâtiment, escalier : _____

N° et voie (rue, boulevard...) _____

Boîte postale, lieu-dit, ville pour les pays étrangers _____

Code postal _____ Ville/pays étranger _____

Téléphone (fixe, portable) _____

@dresse électronique (écrire lisiblement et éviter hotmail) _____

Catégorie : certifié(e) agrégé(e)

Discipline : _____

Etablissement d'exercice : _____

Code établissement (7 chiffres et une lettre) : _____

Certifié(e) ou CPE	Agrégé(e)
<input type="checkbox"/> par chèque 115€	<input type="checkbox"/> par chèque 135€
<input type="checkbox"/> par prélèvements*	<input type="checkbox"/> par prélèvements*
• 2 x 57,90 euros	• 2 x 67,90 euros
• 3 x 38,70 euros	• 3 x 45,40 euros
• 4 x 29,10 euros	• 4 x 34,10 euros
• 5 x 23,40 euros	• 5 x 27,40 euros
• 6 x 19,60 euros	• 6 x 22,90 euros

* prélèvements à partir du 5 du mois suivant la saisie. **Cotisation déductible à 66 % des impôts de l'année suivante**

J'accepte de fournir au Snes et pour le seul usage syndical les données nécessaires à mon information et à l'examen de ma carrière. Je demande au Snes de me communiquer les informations académiques et nationales 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 informatisés dans les conditions fixées dans les articles 26 et 27 de la loi du 6.01.1978. Cette autorisation est révoquable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au Snes, 46, avenue d'Ivry, 75647 Paris Cedex 13 ou à ma section académique.

Date : _____

SIGNATURE: _____

MANDAT



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SNES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNES.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.
Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits, concernant le présent mandat, sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



Veillez compléter en lettres capitales en respectant le précasage

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE 1 _____

ADRESSE 2 _____

CODE POSTAL - VILLE _____

PAYS _____

IBAN _____

BIC _____

Pour le compte de :

SNES
46, avenue d'Ivry
75647 PARIS Cedex 13

Ref : COTISATION SNES

Signé à : _____
Le : _____

MERCI DE JOINDRE UN RIB

Paiement : récurrent ou unique

Document à renvoyer à l'adresse indiquée en haut du bulletin d'adhésion

Ne rien inscrire sous ce trait

Référence unique du mandat : _____

Identifiant créancier SEPA : FR 59 ZZZ 131547