Bulletin de syndicalisation 2014/2015
Spécial PFS-E

Le syndicat ne reçoit aucune subvention et ne fonctionne que par les cotisations de ses adhérents

Bulletin complété à renvoyer par courrier au **SNUipp HAUTE-MARNE / 17 rue de Verdun / 52000 CHAUMONT**

COTISATION : 55 €

(Ouvrant droit à une déduction ou un crédit d'impôt = 66 %)

NOM : .....PRÉNOM : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

ADRESSE perso précise : .....

.....

Code Postal : .....Ville : .....

Téléphone : .....

Courriel : .....

Affectation (nom de l'école, adresse) ……

……

Mode de règlement choisi :

☐ **Chèque**

☐ **Prélèvement :** autorisation remplie + RIB, RIP ou RICE

A ..... le .....

Signature :

J'adhère au SNUipp Haute-Marne afin de contribuer à la défense des intérêts matériels et moraux des étudiants IUFM et des personnels actifs et retraités, au développement du Service Public d'Education, au maintien de l'unité de la profession dans un syndicat indépendant, unitaire, pluraliste et démocratique.
L'adhésion au SNUipp confère l'appartenance à la FSU (Fédération Syndicale Unitaire de l'Enseignement, l'Education, la Recherche et la Culture).
J'accepte de fournir au SNUipp Haute-Marne les informations nécessaires à l'examen de ma carrière. Je lui demande de me communiquer les informations personnelles et 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 traitements automatisés dans les conditions fixées par les articles 26 et 27 de la loi du 06/01/78.
Cette autorisation est révocable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au SNUipp Haute-Marne.

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **le SNUIPP 52** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SNUIPP 52**

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 : FR60ZZZ431841

Débiteur :

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Créancier :

Nom **SNUIPP 52**

Adresse **17 rue de Verdun**

Code postal **52000** Ville **CHAUMONT**

Pays **France**

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Paiement : ☒ 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.