



SYNDICAT NATIONAL DES TECHNICIENS MANAGERS ET CADRES

BRANCHE CAISSE D'ÉPARGNE

BULLETIN D'ADHÉSION

Cadre réservé
(ne rien inscrire SVP)

170

Mme Mlle Mr

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse personnelle

Code postal Ville

Email personnel

Email professionnel

Téléphone personnel / portable

Téléphone professionnel

Emploi et niveau de Classification

Lieu d'affectation

Date d'entrée dans le groupe

Date d'adhésion

Mode de paiement Chèque** Prélèvement trimestriel

Nom de l'Entreprise

- J'autorise le SNE CGC à communiquer sur mon mail professionnel
 J'autorise le SNE CGC à communiquer sur mon mail personnel
 Je suis sociétaire, ce qui me permet de voter en tant que salarié sociétaire aux élections des représentants du COS
Je soussigné(e), déclare adhérer au SNE CGC

A Signature : Référent SNE CGC :
Le

* Rappel de la loi de finances : les cotisations ouvrent droit à un crédit d'impôt égal à 66 % des sommes versées. (Sauf si vous êtes aux frais réels)
La dernière colonne ci-dessous à droite, vous permet de connaître le montant net annuel de votre cotisation après crédit d'impôts.

Barème des cotisations en euros

Classification (*)	Cotisation trimestrielle	Cotisation annuelle	Cotisation annuelle nette
Niveaux A - B - C - D	25,00	100,00	34,00
Niveaux E - F	30,00	120,00	40,80
Niveau G	35,00	140,00	47,60
Niveau H	38,75	155,00	52,70
Niveau I	43,75	175,00	59,50
Niveau J	48,75	195,00	66,30
Niveau K	53,75	215,00	73,10
Retraité(e) / Ancien(ne) salarié(e)	25,00	100,00	34,00

NB : Le Prélèvement vous est conseillé (joindre le mandat SEPA ainsi qu'un RICE ou RIB).

** Le paiement par chèque de votre cotisation est exigé en totalité en début d'année.

Transmettre l'ensemble des documents signés à votre délégation syndicale d'entreprise

MANDAT SEPA

Référence Unique de Mandat (ne rien inscrire) :

Ci joint le mandat à nous retourner signé dès votre accord accompagné d'un relevé d'identité bancaire.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **le SNE CGC** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément à nos instructions.

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.

Nom et adresse du créancier : **SNE CGC** 24 rue Dareau 75014 PARIS

N° ICS: **FR81ZZZ446498**

Type de paiement : **Récurrent / Répétitif** : **Paiement ponctuel** :

Nom et Adresse du débiteur :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Coordonnées Bancaires :

(Joindre obligatoirement un RIB, un RIP ou un RICE)

Banque :

IBAN : _____

(Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN)

Fait à :

le ___ / ___ / _____

Signature obligatoire :