BULLETIN D'ADHESION 2016 – 2017 (ou de renouvellement d'adhésion)

A remettre au trésorier du Snes de votre établissement (ou à votre section académique pour les isolés)
Il est indispensable de dater et signer votre bulletin d'adhésion et le mandat SEPA (Prélèvements)

Identifiant Snes *(si vous étiez déjà adhérent)*

Sexe ***Fém.*** ***Masc.*** ***Date de naissance*** . . / . . / . . . .

Nom (utilisez le nom connu du rectorat présent sur le bulletin de salaire)

Nom patronymique *(de naissance)* ***Prénom***

Résidence bâtiment escalier…

N° et voie *(rue, bd …)*

Boite postale - Lieu dit - Ville pour les pays étrangers

Code postal ***Ville ou pays étranger***

Téléphone fixe : ***Téléphone portable***

Courriel : *(Respectez minuscules majuscules et caractères spéciaux)*

Catégorie *(Certifié, Agrégé hors classe, Chaire sup, MA, Contractuel, Vacataire, CoPsy, CPE, AED,…)*

Congé ou détachement (préciser sa nature)

Si titulaire : ☐ *poste fixe* ☐ *ZR*
Si contractuel : ☐ *CDD* ☐ *CDI*
☐ ***Stagiaire*** ☐ ***Retraité***

Si temps partiel, quotité :
Discipline de recrutement :

Discipline d'exercice *(si différente)* ***:***

Échelon ***Date :*** . . / . . / . . . .

☐ *Enseignant de langue régionale*
☐ *Conseiller en formation continue* ☐ *Formateur GRETA*
Enseignant en ☐ *STS* ☐ *classe prépa*
Enseignant au ☐ *CNED* ☐ *CNDP - CRDP*
☐ *Conseiller pédagogique tuteur*
☐ *Autre, préciser :*

Affectation ministérielle *(ZR pour les TZR, Rectorat pour les stagiaires, Etablissement pour les titulaires poste fixe……)* Code :
Nom et ville

Établissement de Rattachement Administratif *(uniquement pour les TZR)* Code :
Nom et ville

Établissement d'exercice Code :
Nom et ville Quotité horaire :

Autres établissements d'exercice :

Code : ***Nom et ville*** Quotité horaire :
Code : ***Nom et ville*** Quotité horaire :

Autorisation CNIL : *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 révocable 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.*

J'accepte de ne recevoir que par messagerie électronique les informations concernant ma carrière : ☐ Oui ☐ Non

Cotisation : **Montant total de la cotisation:** € **(voir barème ou mode de calcul)**

Mode de paiement :

Précisez le nombre de prélèvements et leur montant : prélèvements de € chacun.
Le nombre et le montant des prélèvements pourront être ajustés pour que le dernier ait lieu au plus tard en aout 2017.

☐ **Adhésion tacitement reconductible d'une année sur l'autre, paiement par prélèvements automatiques reconductibles.** Je serai informé de leur montant et de leurs échéances en début d'année scolaire et pourrai à tout moment suspendre mon adhésion ou en modifier le mode de paiement, apporter les corrections nécessaires à ma situation et modifier en conséquence le montant des prélèvements.

Si vous ne souhaitez pas cette solution deux alternatives s'offrent à vous :

☐ **Paiement par prélèvements automatiques non reconductibles.**
(Validés pour l'année scolaire en cours, fin des prélèvements au plus tard en août)

☐ **Paiement par chèque joint au nom du SNES.**

Joindre obligatoirement un RIB et compléter le mandat SEPA en cas de prélèvements (Paiement récurrent : ne veut pas dire reconductible mais autorisation de plusieurs prélèvements)

Date : **Signature :**

MANDAT

SEPA Single Euro Payments Area

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.

Veuillez 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

À :
Le :
SIGNATURE :

Paiement : [X] récurrent ou [ ] unique

MERCI DE JOINDRE UN RIB

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