

FORMULAIRE 2023-2024

 D'ADHÉSION DE RENOUELEMENT DE MODIFICATION

**FORMULAIRE ET RÈGLEMENT À TRANSMETTRE
À UN RESPONSABLE SNESUP LOCAL OU
À ENVOYER À: SNESUP-FSU,
78, RUE DU FAUBOURG-SAINT-DENIS 75010 PARIS**

Vous pouvez régler votre cotisation par chèque à l'ordre du «SNESUP», payer en ligne ou choisir le règlement par prélèvement automatique qui permet le fractionnement de la cotisation en 6 fois s'il est contracté en début d'année: joignez un RIB et cette fiche au formulaire d'autorisation de prélèvement que vous pouvez demander à tresorerie@snesup.fr ou au 01 44 79 96 16, ou télécharger sur notre site en cliquant sur « J'adhère » (menu en haut à droite).

M. MME NOM DE NAISSANCE NOM D'USAGE PRÉNOM DATE DE NAISSANCE

ÉTABLISSEMENT COMPOSANTE CORPS CLASSE

ÉCHELON DATE D'ENTRÉE DANS L'ÉCHELON DISCIPLINE SECTION DU CNU SECTION AU CoNRS

TÉLÉPHONE DOMICILE TÉLÉPHONE PORTABLE TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL

ADRESSE POSTALE CODE POSTAL

ADRESSE ÉLECTRONIQUE POUR COURRIELS SNESUP [TRÈS LISIBLE, MERCI] @

L'indication d'une adresse électronique usuelle (de préférence personnelle) est de première importance pour une information interactive entre le syndicat et ses adhérents, tant pour les questions générales que pour le suivi des questions personnelles.

RECEVOIR UNIQUEMENT LES PUBLICATIONS DU SNESUP PAR VOIE ÉLECTRONIQUE OUI NON RECEVOIR UNIQUEMENT LES PUBLICATIONS DE LA FSU PAR VOIE ÉLECTRONIQUE OUI NON

DATE SIGNATURE

Les informations recueillies dans le présent questionnaire ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978.

BARÈMES DES COTISATIONS SYNDICALES 2023-2024

Le montant de la cotisation (en euros) des actifs titulaires est calculé selon la formule: indice x taux, avec une valeur du taux fixée à 0,396.

CORPS/ÉCHELONS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Agrégé-es	184	204	210	222	237	253	270	291	310	328	340
Agrégé-es HC	310	380	340	(A1) 365	(A2) 379	(A3) 398					
Agrégé-es EXC	340	(A1) 365	(A2) 379	(A3) 398	(B1) 398	(B2) 415	(B3) 437				
Certifié-es/PLP	160	181	184	189	195	202	213	228	242	258	276
Certifié-es HC/PLP HC	242	256	274	293	313	330	336				0
Certifié-es EXC/PLP EXC	285	301	318	340	(A1) 365	(A2) 379	(A3) 398				
MCF	194	218	239	264	284	303	315	329	340		
MCF HC	278	293	309	326	340	(A1) 365	(A2) 379	(A3) 398	(B1) 398	(B2) 415	(B3) 437
PR2	273	289	305	322	340	(A1) 365	(A2) 379	(A3) 398	(B1) 398	(B2) 415	(B3) 437
PR1/PU-PH 1	340	(B1) 398	(B2) 415	(B3) 437	(C1) 461	(C2) 471	(C3) 481				
PR EXC/PU-PH EXC	(D1) 481	(D2) 502	(D3) 524	(E1) 524	(E2) 545						
ATER (temps plein)	99										
Doctorant-es contractuel-les	82										
Lecteur-rices	72										
Vacataires	36										
Sans emploi	36										

L'attestation fiscale vous sera envoyée début 2024 pour un règlement transmis avant le 31/12/2023. Autres situations : contactez-nous à tresorerie@snesup.fr.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

FORMULAIRE DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE DE LA COTISATION SYNDICALE EN EUROS (PAR SIXIÈMES AU PLUS)

REEMPLIR SOIGNEUSEMENT, SIGNER ET JOINDRE UN RIB OU UN RIP

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions que vous avez passé 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.

CRÉANCIER :

ICS – Identifiant Créancier SEPA : FR 62 ZZZ 131687

SNESUP
78 rue du Faubourg Saint-Denis
75010 PARIS

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

DÉBITEUR :

*Veillez compléter les champs marqués **

* Nom / Prénom du débiteur

* Adresse (rue, avenue, ...)

* Code postal * Ville * Pays

* Coordonnées de votre compte à débiter – IBAN

* Code International d'identification de votre banque – Code BIC

Fait à : _____

Signature : _____

Le : [] / [] / []

Note : Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par la créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ces droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux article 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

RUM – Référence Unique de Mandat (Réservé à la trésorerie, ne pas remplir)