



RENOUVELLEMENT

			SI	ΤΙΙΔ	TION	I PEF	SON	NEL	l E				
ACADÉMIE:			ار	107	(IIOI	, rei	1301	INLL					
M <sup>me</sup> M <sup>r</sup>	Adresse personnelle :												
NOM:													
PRÉNOM:													
DATE DE NAISSANCE :		Code postal:											
Date et signature :	Ville:												
		Tél. mobile :											
Je souhaite recevoir le courrier s	syndical	Mail personnel:	(obliga	itoire)									
et la revue transmi iions à m	on adresse:												
Personnelle Professio	nnelle		SITU	JATI	ON P	ROF	ESSI	NNC	ELLI				
Je souhaite recevoir uniquement sur mon mail personnel	t la version PDF	Adresse <b>professi</b>	onnell	e :									
MODE DE PA	IEMENT												
Chèque (à l'ordre du SNIES UNSA NATIONAL)	Virement (demande à faire par mail)	Code postal :											
Prélèvement unique	Ville:												
Prélèvement fractionné en 10 fois	(De septembre à juin + 1€ par an)	Tél. professionne	l:										
MONTANT DE LA COTISATION ANNUELLE VERSÉE PAR L'ADHÉRENT	€	Si vous choisis DE PRÉLÈVE Les prélèvements	MENT de vot	SEP/ tre co	<b>A</b> dûm otisatio	ent re	mpli, o	daté e I <b>tom</b> a	t sigr atiqu	né et <b>eme</b> i	votre <b>nt re</b> i	e RIB. ncon	iduits
Mes avantages	s au SNIES	<b>d'une année s</b> à <i>snies.</i> ; Gi		erie@			tion.o		ant le			u ma	il
	Un crédit d'impôt de 66%			GRADE INFIRMIER									
Les 2/3 de ma cotisation syndica reversés par l'État. Il me suffit de déclarer le montant		Échelon		1		3 4		6	7	8	9	10	11
annuelle sur ma feuille d'impôt.	de ma cotisation	Cotisation annuell	e (€)	107	112 1	18 12	4 131	140	151	161	168	173	178
11	transmi	Après crédit d'impô	t (€)	36	38	40 42	2 45	48	51	55	57	59	63
Tous les trimestres,	Une revue professionnelle  Tous les trimestres,			GRADE HORS CLASSE									
recevez-là gratuitement par courrier ou par mail.	Manual Park	Échelon		1	2	3 4	5	6	7	8	9	10	11
	Spies or or of the service of the se	Cotisation annuell	o (£)	118	122 1	28 13	7 145	152	158	168	176	181	186
C IIn comité d'ontronsi		Après crédit d'impô		40		44 47		52	54	57	60	62	63
Un comité d'entrepris Grâce au SNIES, vous avez accès		7										1	
· ·	au Comité d'Entreprise "COULEUR CE": Cinéma, shopping, spectacle, voyage		Catégorie B			Dispo				Mi-temps			
à prix réduits!	-60%		103 €	€		77	€			1/2 co	t.		
Un coup de main ?		Retraité∙e			-CLD /2 cot.		Conti	actue 80 €			Н	IDF 80 €	
Le SNIES vous offre un accompagne		Paradati di di					•	•					
et répond à vos questions : <b>01 58 4</b> snies@unsa-education.org	6 14 95	Pas de ½ cotisation	pour u	ne pr	emiere	adnes	ion						
Entre collègues, c'est normal de s'el	ntraider!	Ce bulletin d'adhés à votre secrétaire o											
<b>G</b> Une Formation profe	essionnelle	snies.tresorerie@uns SNIES UNSA éducation	a-educ	cation	.org								



Le SNIES vous offre un stage de formation



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA CORE

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE RELEVÉ D'IDENTITÉ DE CAISSE D'ÉPARGNE

### INSTRUCTIONS POUR LE PAIEMENT FRACTIONNÉ DE LA COTISATION

1	Remplir le Mandat de Prélèvement Automatique ci-dessous.

2 Joindre obligatoirement : soit un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (R.I.B) soit un RELEVÉ D'IDENTITÉ DE CAISSE D'ÉPARGNE (R.I.C.E)

Ces documents vous serons remis gratuitement par votre établissement bancaire sur simple demande. Attention! ne pas adresser de chèque annulé.

Adresser l'ensemble au : SNIES UNSA ÉDUCATION • 87bis, avenue Georges Gosnat • 94853 IVRY-SUR-SEINE CEDEX

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA CORE

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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

LE (\*):

À (\*):



### **RÉFÉRENCE UNIQUE MANDAT:**

(Réservé au créancier)

Veuillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

DÉBITEUR  VOTRE NOM (*):  VOTRE PRÉNOM (*):  VOTRE ADRESSE (*):  CODE POSTAL (*):  VILLE (*):  PAYS (*):	IDENTIFIANT CR NOM: ADRESSE: CODE POSTAL: VILLE: PAYS:	IVRY SUR SEINE Cédex
IBAN (*):		

Les informations recueillies dans la présente demande, qui doit être complétée, sont destinées à n'être utilisées par le créancier, que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

SIGNATURE (\*):