BULLETIN D'ADHÉSION 2018 – 2019 (ou de renouvellement d'adhésion)

A renvoyer au SNES Guadeloupe, 2 ruelle Sainte-Lucie, 97139 LES ABYMES (ou à remettre au trésorier du Snes de votre établissement). **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, CPE, Psy-EN Chaire sup, MA, Contractuel, Vacataire, AED,…)

Classe normale ☐ Hors classe ☐ Classe exceptionnelle ☐

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 :**

☐ Enseignement en langue régionale

☐ Conseiller en formation continue ☐ Formateur GRETA

Enseignant en ☐ STS ☐ classe prépa

Enseignant au ☐ CNED ☐ CANOPE

☐ Conseiller pédagogique tuteur

☐ Autre, préciser :

Affectation ministérielle (ZR pour les TZR, Rectorat pour les stagiaires, Établissement pour les titulaires poste fixe…) Code :

Nom et ville

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 :

Consentement : 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 via les informations fournies aux élus du SNES par l'administration à l'occasion des commissions paritaires et les autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et à des traitements informatisés conformément à la loi informatique et liberté du 06/01/1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE dit RGPD du 27/04/2016 applicable le 25/05/2018. Voir notre charte RGPD sur www.snes.edu/RGPD.html. Cette autorisation est révocable par moi-même en m'adressant au SNES 46 avenue d'Ivry 75647 Paris cedex 13 ou à ma section académique.

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 août 2019.

☐ **Adhésion tacitement reconductible d'une année sur l'autre, paiement par prélèvements automatiques reconductibles.** **Je serai informé-e 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
Espace unique de paiement en euros

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

Paiement : ☒ récurrent ou ☐ unique

Pour le compte de :

SNES
46, avenue d'Ivry
75647 PARIS Cedex 13

Ref : COTISATION SNES

Signé à :
Le :

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