BULLETIN D'ADHESION 2018 **HAUTES-PYRENEES**

A renvoyer à SNFOLC 65, 12 rue du Docteur Lansac BP11024 65000 Tarbes
ou à renvoyer par mail à : **snfolc65@gmail.com**

Nom :		Prénom :
Nom de jeune fille :		Date de naissance :
Adresse personnelle : Code postal :		Ville :
Tél :	Mobile :	Mail :

Établissement / Ville (*établissement de Rad pour les TZR, les MAGE, les contractuels + établissement(s) d'exercice. Mettre les différents établissements avec quotité d'heure)* …….....
……
…….....

Adhère au SNFOLC le :	Signature :

L'adhésion syndicale donne droit à un crédit d'impôts égal à 66% du montant total de votre versement.

Chaque adhérent est membre de l'Association Force Ouvrière des Consommateurs (AFOC) et bénéficie d'une protection juridique.

Nouveau : *le montant de l'adhésion comprend l'assurance professionnelle à la MACIF.*

CORPS ou GRADE : …….. ECHELON : …….
MONTANT de la COTISATION : ……
Discipline……

Échelons	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**
Chaire supérieure / Agrégé hors classe	245	259	273	291	305	328					
Agrégé	141	162	182	196	209	221	236	254	273	291	305
Bi-admissible	136	149	162	170	180	186	196	211	228	245	256
H.C.(PLP, certifié, CPE) et directeur CIO	184	208	224	239	259	276	291				
Certifié, PLP, CPE et COP	130	140	153	160	169	174	184	198	211	228	245
AE, PEGC, CE-EPS	119	126	134	140	147	154	161	170	179	190	201
PEGC **C.E.**	228	247	259	276	291						
H.C. PEGC et CE-EPS	170	179	190	201	228	256					
MAGE 1	130	140	147	155	163	171	180	189	AVS EVS CAE		
MAGE 2	119	125	131	137	143	147	155	166	AED :		
MAGE3	104	109	114	119	125	132	139	145	85		
Catégories **indice 367 : I / 321 : II**	**I : Indice supérieur** à 367	**I**	**II**	**RETRAITES**		40% de la cotisation des actifs					
Contractuel enseignant :	140	134	119	**Temps partiel**		La cotisation se calcule au prorata du temps travaillé, entourez la quotité : 50 % 75 % 80% ou …...					

Paiement par 1 ou plusieurs chèques ORDRE chèque : SNFOLC 65
ou par prélèvement automatique mensuel (remplir ci dessous et joindre un RIB)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Identifiant créancier SEPA **FR84ZZZ602614**

Référence **U**nique du **M**andat	CREANCIER U.D. FO 65	Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Débiteur
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Paiement : Récurrent ☐ ou Ponctuel ☐

A : _____ Le : / / 2018 Signature :