

Snec-CFTC BULLETIN D'ADHÉSION 2024

à retourner complété à **votre section départementale**



En remplissant ce bulletin d'adhésion, vous acceptez que le **Snec-CFTC et la CFTC** mémorisent et utilisent vos données personnelles collectées dans ce bulletin, uniquement dans le cadre des activités syndicales du Snec-CFTC : l'information et la formation, l'action syndicale, la consultation, la gestion des cotisations. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles le Snec-CFTC et la CFTC s'engagent à ne pas divulguer, ne pas transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'ils soient ou à des fins commerciales, **conformément au Règlement Général de Protection des données de 2018**. Vous pouvez à tout moment nous demander de rectifier ou de supprimer certaines de vos données de notre base I NARIC (fichier informatique CFTC).

Madame Monsieur **Nom :** **Prénom :**

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

N° appartement ou étage – tour – résidence :

Numéro type et voie :

Code postal : **Localité :**

Téléphone portable : **Téléphone fixe :**

Courriel : @

Réservé à la section :

° INARIC : | | | | | | | |

Adhérent Cadre OUI -NON

Adhérent ACTIF ou RETRAITE

Je souhaite recevoir : Les Lettres numériques : Zakouskis Premier degré Second degré Salariés Agricole

Établissement : Nom :

Code postal : Ville :

École Précisez : contrat d'association Contrat simple

Collège LEG LT LP OAA Enseignement Agricole

Enseignement Supérieur (classe à préciser STS, CPGE, etc.) : Autres :

Fonction syndicale : Élu CSE Délégué syndical Correspondant RSS

Personnel salarié de droit privé, préciser : **Strate :** **Fonction :**

Vie scolaire : Services support : (secrétariat, entretien, restauration...)

Employé Agent de maîtrise Cadre

Chef d'établissement : 1^{er} degré 2^e degré

Enseignant 1^{er} degré : ASH Instituteur Prof. des écoles (CN HC CE)
 MA1 MA2 (Maître Délégué en CDD MD en CDI Contrat définitif)

Enseignant 2nd degré : **Préciser discipline :**

AGREGE CERTIFIE PEPS PLP (Classe normale Hors classe Classe Exceptionnelle) AE
 MD1 MD2 (MD en CDD MD en CDI)

AESH : tarif spécifique de 36 euros

Enseignant agricole :

Enseignant : Préciser discipline :

Salarié : Préciser (PAT PVS Autre :)

Retraité

Je déclare adhérer au **Syndicat National de l'Enseignement Chrétien**, avoir pris connaissance des règles de sécurité des données personnelles (RGPD) et règle ma cotisation de _____ € calculée en fonction de mes ressources.

Mode de règlement : Par chèque à l'ordre de Snec- CFTC
 En ligne (lien sur le site Snec-CFTC)
 Par prélèvement (Joindre le mandat de prélèvement et un RIB cf au dos)

A le

Signature

☺ Chaque adhérent bénéficie d'un crédit d'impôt égal à 66 % de sa cotisation syndicale ☺
dans la limite de 1 % du revenu brut (<http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/1605-PGP>)

Calcul de la cotisation 2024

Pour calculer le montant de votre cotisation 2024, vous prenez :
Votre Salaire Mensuel Net* avant impôt X 0,06**

(Merci d'arrondir sans les centimes)

***voir ligne 011100 sur le bulletin de salaire**

**** sauf pour les AESH : 36 euros**

Exemple : si votre salaire net avant impôt est de 2 100 €, votre cotisation sera de 126 €

(Pour une cotisation de 126 €, vous bénéficiez d'un crédit d'impôt de 66% = 83.16 €, la cotisation après déduction fiscale sera de 42.84 € à l'année, soit 3.57 € / mois pour bénéficier de nos services)

Pour tout nouvel adhérent stagiaire (Lauréat de concours) : **Offre stagiaire à 65 €**
Pour un couple de cotisants : **- 50 % sur la 2^{ème} cotisation**

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
SNEC SYND NATION ENSEIGN CHRET 14 RUE SCANDICCI 93500 PANTIN	ICS : FR08ZZZ457124
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SNEC SYND NATION ENSEIGN CHRET à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SNEC SYND NATION ENSEIGN CHRET. 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 pour un prélèvement autorisé.	
Référence Unique du Mandat :	
RAISON SOCIALE / NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER
.....	-----IBAN-----  Numéro d'identification international du compte bancaire -----BIC-----  Code international d'identification bancaire
TYPE DE PAIEMENT	
Païement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Païement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Fait à :	Signature :
Le :	
Personne à contacter pour modifier ou révoquer un mandat de prélèvement (modification des coordonnées bancaires, réclamation) :	
Raison sociale du créancier : Nom du contact :	
Adresse :	
Téléphone : Courriel :	
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'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.	