BULLETIN D'ADHÉSION 2027

Bulletin à remettre à votre Délégué(e) Syndical(e) CFTC ESR-EN Grand Est ou à nous retourner dûment rempli par courrier à SYNDICAT CFTC-EPR GRAND EST ESR-EN - 12, Rue de Brest- 54460 LIVERDUN
ou par mail à : adhesion@cftcepr-grand-est.fr

Je suis déjà adhérent(e) : ☐ NON ☐ OUI Mon code INARIC: .....

Nom: ..... Prénom: ..... Date de naissance: .....

Adresse personnelle :

Adresse: .....

Code Postal: ..... Ville: .....

Mail: ..... Téléphone: .....

Adresse professionnelle:

Établissement: .....

Service ou Composante: ..... Académie: .....

Adresse: .....

Code Postal: ..... Ville: .....

Mail: ..... Téléphone: .....

Situation statutaire:

En activité ☐ Titulaire ☐ Contractuel (le) CDD ☐ Contractuel (le) CDI ☐ Retraité (e) ☐

Filière: ☐ ITRF ☐ AENES ☐ ENSEIGNANT ☐ CHERCHEUR ☐ ENS-CHERCHEUR

☐ DOCTORANT ☐ BIBLIOTHEQUE ☐ CROUS ☐ SANTÉ/SOCIAL ☐ AUTRE:

Voir la fiche de paie pour les infos ci-dessous (les informations resteront strictement confidentielles):

Grade	Bap	Echelon	Indice ou Nombre d'heures	Quotité de travail

J'atteste que les éléments ci-dessus sont exacts et souhaite adhérer au syndicat CFTC ESR-EN Grand Est et règle ma cotisation selon mon indice d'un montant de ..... €.

☐ par prélèvement mensuel (joindre un RIB et compléter le mandat SEPA)

☐ par chèque à l'ordre de CFTC ESR-EN Grand Est (de 1 à 4 chèques)

☐ par virement à SYNDICAT CFTC ENSEIGNEMENT PUBL
IBAN : FR76 1131 5000 0108 0327 5722 944
BIC: CEPAFRPP131

Fait le: .....

à: .....

Signature

À la CFTC, vos données personnelles sont protégées. La sécurité de vos données personnelles a toujours été une priorité pour nous et se renforce encore avec la mise en œuvre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. En remplissant ce bulletin d'adhésion, vous acceptez que la CFTC mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce bulletin, uniquement dans le cadre des activités syndicales de la CFTC : l'information et la formation, l'action syndicale, la consultation, la gestion des cotisations. En l'occurrence, vous autorisez la CFTC à communiquer avec vous afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses activités via les coordonnées collectées dans ce bulletin. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, la CFTC s'engage 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 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données. Vous pouvez à tout moment nous demander de rectifier ou de supprimer certaines de vos données de notre base INARIC (fichier informatique confédéral). Contact CFTC du Délégué à la Protection des Données : dpo-cftc@cftc.fr

Montant des cotisations 2027

NOTEZ-LE ! Vous bénéficiez d'un crédit d'impôt égal à 66% de cette cotisation syndicale ! Déductible à 100% en cas de frais réels !
Une attestation fiscale vous sera remise lors de votre déclaration d'impôts.

par année glissante

Indices	Montant des cotisations		Indices	Montant des cotisations	
	Annuel	Mensuel		Annuel	Mensuel
Inférieur à 395	80,00€	6,67€	595 à 677	150,00€	12,50€
395 à 464	100,00€	8,34€	678 à 810	160,00€	13,34€
465 à 480	120,00€	10,00€	811 à 834	180,00€	15,00€
481 à 523	130,00€	10,84€	835 et plus	200,00€	16.67
524 à 594	140,00€	11,67€	Retraités	90,00€	7,50€

Les valeurs de la CFTC

En vidéo ici

Mandat de prélèvement SEPA
Prélèvement mensuel récurrent

Nom: .....

Adresse: .....

Code Postal: ..... Ville: .....

IBAN

BIC

Désignation du créancier:

Identifiant SEPA:
FR11ZZZ868 4C5
Nom: CFTC-EPR
Bourse du travail
85, Rue Charlot
75 003 PARIS

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CFTC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFTC . 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.
NB : Vos droits concernant le présent Mandat Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à :..... le .....

Signature:

N'oubliez pas de signer et de joindre un RIB