

FORMULAIRE D'ADHÉSION

INFORMATIONS PERSONNELLES :

NOM :

PRÉNOM : **ANNÉE NAISSANCE :**

ADRESSE :

VILLE : **CODE POSTAL :**

TÉL :

MAIL : @

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES :

PROFESSION :

ETABLISSEMENT :

STATUT OU CONVENTION : (ENTOUREZ)

PUBLIC	PRIVÉ NL CCN 51- FEHAP	SOCIAL PRIVÉ CCN 66	CLCC	CHRS	CROIX ROUGE	UNCASS	CONVENTION "FORMATION" 88	ANIMATION CCN 89
BAD (70,83,ADMR)	CCU - FHP	CC 65	PACT ARIM	LABO ANALYSES	TRANSFUSION	ACCORD D'ENTREPRISES	RETRAITÉS	ISOLÉS

EMPLOYEUR :

SECTION :

COTISATION :

Les cotisations sont prélevées tous les trimestres. Pour trouver la somme mensuelle servant de base de prélèvement, consulter le tableau cotisation/salaire. Pour toutes questions sur les prélèvements et cotisations un mail dédié : tresorerie@sudsantesociaux76-27.org

Dossier complet avec le formulaire de prélèvement rempli et un RIB à remettre à votre délégué syndical ou à transmettre à l'adresse mail suivante: tresorerie@sudsantesociaux76-27.org

MONTANT MENSUEL : **PRÉLÈVEMENT TRIMESTRIEL :**

DATE ET SIGNATURE :

Mention CNIL RGPD Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné au syndicat sud sante sociaux 27-76. Pour la finalité suivante :gestion des adhésions et liste d'information syndicale
Les destinataires de ces données sont : la trésorerie, le bureau du syndicat départemental 31 et les délégués syndicaux de votre section. La durée de conservation des données est de la durée de votre adhésion.
Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.
Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à l'adresse mail : tresorerie@sudsantesociaux76-27.org
Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. ».

BARÈME DES COTISATIONS

(INDICATIF, À VOIR AVEC LA SECTION)

Important à savoir : 66% de ta cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d'impôt.

N'oublie pas de le déclarer lors de ta déclaration des impôts sur le revenu.

Si l'administration fiscale te demande un justificatif, fait une demande à l'adresse mail suivante :

tresorerie@sudsantesociaux76-27.org

Pour chaque cotisation mensuelle, il est reversé à la fédération nationale 5,50 euros, 1.50 euros au syndicat départemental, et le reste revient à la section locale. Ces sommes permettent de financer des congrès, des actions en justices, des formations, du matériel, des tracts, des documents...

SALAIRES NETS

COTISATIONS PAR MOIS

1400 €

5.00 €

1600 €

6.00 €

1900 €

8.00 €

2000 €

10.00 €

2200 €

12.00 €

2400 €

14.00 €

2600 €

16.00 €

2800 €

18.00 €

CALENDRIER DES PRÉLÈVEMENTS

**6 JANVIER POUR LES MOIS COTISÉS JANVIER, FÉVRIER, MARS
À TRANSMETTRE AVANT LE 20 DÉCEMBRE**

**6 AVRIL POUR LES MOIS COTISÉS AVRIL, MAI, JUIN
À TRANSMETTRE AVANT LE 20 MARS**

**6 JUILLET POUR LES MOIS COTISÉS JUILLET, AOÛT SEPTEMBRE
À TRANSMETTRE AVANT LE 20 JUIN**

**6 OCTOBRE POUR LES MOIS COTISÉS OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE
À TRANSMETTRE AVANT LE 20 SEPTEMBRE**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire, vous autorisez le syndicat
SOLIDAIRES SUD SANTE SOCIAUX de Seine-Maritime
à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du syndicat
SOLIDAIRES SUD SANTE SOCIAUX de Seine-Maritime

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque
selon 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
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

NOM	PRENOM
ADRESSE	
Etablissement	Géré par <i>(Hopital, association, ...)</i>

Convention collective ou statut				
Cotisation mensuelle € /mois	X 3	soit€ par trimestre	
Date du premier prélèvement	6 janvier	6 avril	6 juillet	6 octobre

COMPTE BANCAIRE

IBAN	FR						
CODE BIC							

JOINDRE UN RIB

CREANCIER SOLIDAIRES SUD SANTE SOCIAUX de Seine-Maritime

8 rue de la Savonnerie 76000 ROUEN

identifiant FR45ZZZ630185

Type de paiement	Récurrent / répétitif / prélèvement trimestriel	X	
------------------	---	----------	--

Signé à	date
signature	