

Académie : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_ Mme  M.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_ Code postal /Ville : \_\_\_\_\_

Adresse mail personnelle : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification de l'établissement (RNE) :** \_\_\_\_\_

Nom établissement d'affectation : \_\_\_\_\_

Adresse établissement: \_\_\_\_\_

Mail administratif : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_ Échelon : \_\_\_\_\_ Date de la dernière promotion : \_\_\_\_\_ Date du D.E. : \_\_\_\_\_

Ancienneté Fonction Publique (AGS) : \_\_\_\_\_ Ancienneté Éducation nationale : \_\_\_\_\_

Titulaire  Stagiaire  Contractuel.le  Disponibilité  Retraite

Quotité de temps partiel : \_\_\_\_\_ (\*Interne  Externe

(\* Cocher la case correspondante à votre choix

**Ce bulletin est à envoyer en priorité à la secrétaire départementale ou académique du SNICS-FSU**

Je souhaite recevoir en version numérique la revue:

- POUR : OUI  NON
- De But en Blanc : OUI  NON

**Je règle ma cotisation de :** € **validée pour l'année scolaire en cours.**

**Je règle ma SUR-cotisation de :** € **validée pour l'année scolaire en cours.**

**Mode de paiement (\*) :**

Par **prélèvements automatiques reductibles**: (remplir impérativement le formulaire de prélèvement SEPA ci-dessous).

En  1

3

**12 fois sans avoir de démarche à faire d'une année sur l'autre.**

Chaque année, je recevrai un mail qui me permettra d'apporter les corrections nécessaires à ma situation. Mail de contact : [adhesion@snics.org](mailto:adhesion@snics.org).

Par **chèque** à l'ordre du SNICS FSU

A : \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_

**BAREME DES COTISATIONS 2024-2025**

Contractuel.le 60€ (coût réel: 20€) - Retraité.e: 60€ (coût réel: 20€) - Disponibilité : 30€ (coût réel: 10€) Temps partiel : cotisation calculée au prorata du temps effectué, surcotisation

INFIRMIER.E GRADE 1											
ECHELON	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>COTISATION</b>	129 €	138 €	144 €	150 €	157 €	165 €	174 €	183 €	192 €	202 €	211 €
<i>COUT REEL après impôt</i>	44 €	47 €	49 €	51 €	53 €	56 €	59 €	62 €	65 €	69 €	72 €

INFIRMIER.E GRADE 2 (hors classe)											
ECHELON	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>COTISATION</b>	138 €	145 €	153 €	161 €	170 €	178 €	187 €	196 €	205 €	215 €	226 €
<i>COUT REEL après impôt</i>	47 €	49 €	52 €	55 €	58 €	61 €	63 €	67 €	70 €	73 €	77 €

\*Coût réel après crédit d'impôt : que vous soyez imposable ou non, vous bénéficiez d'un crédit d'impôt égal à 66% de votre cotisation.

Sauf déclaration aux frais réels où la cotisation est comptabilisée dans les frais professionnels.

En adhérant, j'accepte de fournir au SNICS les informations nécessaires à l'examen de ma carrière. Je demande au SNICS de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès via les informations fournies aux élus du SNICS par l'administration et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements informatisés dans les conditions fixées dans les articles 26 et 27 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD voir charte sur site : [snics.org](http://snics.org). Cette autorisation est reconduite lors du renouvellement de l'adhésion et est révoquée par moi-même en m'adressant au SNICS, 46 avenue d'Ivry 75013 Paris ou à ma section académique.

FORMULAIRE MANDAT SEPA

-----**Attention** : veuillez fournir un RIB et compléter tous les champs du mandat en lettres capitales-----

NOM:

PRENOM:

ADRESSE:

COMPLEMENT ADRESSE:

CODE POSTAL:

VILLE:

IBAN:

BIC:

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA** : En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNICS FSU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNICS FSU. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

Paiement : Récurrent/Répétitif  Ponctuel/Unique

A : \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

SIGNATURE:

**Créancier :**  
 SNICS-FSU  
 46 Avenue d'Ivry  
 75013 PARIS  
**Identifiant créancier SEPA**  
 FR7610278065000001045214529



