

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 :

(*)Internat Externat

(*) 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 - la revue 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 reconductibles** : (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. Par **chèque** à l'ordre du SNICS FSU

A :

, le

20

SIGNATURE :

BAREME DES COTISATIONS 2024-2025

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

INFIRMIERE GRADE 1

ECHELON	1	2	3	4	5	6	7	8
COTISATION	108 €	112€	117€	123€	129€	139€	150€	161€
<i>COUT REEL après impôt</i>	37 €	38€	40€	42€	44€	47€	51€	55€

INFIRMIERE GRADE 2 (hors classe)

ECHELON	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
COTISATION	132€	136€	144€	151€	158€	163€	167€	170€	174€	180€
<i>COUT REEL après impôt</i>	45€	46€	49€	51€	54€	55€	57€	58€	59€	61€

*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. 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

