

(\* Cocher la case correspondante à votre choix

Académie :	Département :	Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	
Nom :	Nom d'usage :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse personnelle :		Téléphone :	
Code postal / Ville :			
<b>Adresse mail personnelle :</b>			

<b>Noméro d'identification de l'établissement (RNE) :</b>			
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 <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Contractuel.le <input type="checkbox"/>		Vacataire <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/>	
Quotité de temps partiel :		(*) Internat <input type="checkbox"/> Externat <input type="checkbox"/>	

**Ce bulletin est à envoyer à la trésorière du SNICS académique : Frédérique Montuy 1 rue du tertre 62500 Saint Martin -lez -Tatinghem**

Sous quelle forme souhaitez-vous recevoir la Publication FSU : Papier  Numérique  (\*)

**Je règle ma cotisation de :** €

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

par **chèque** à l'ordre du SNICS

par **prélèvements automatiques NOUVEAU 2 OPTIONS :** (remplir impérativement le formulaire de prélèvement SEPA ci-dessous)

**Reconductibles, paiement échelonné sur 12 mois sans avoir de démarche à faire d'une année sur l'autre.** Chaque année, je recevrai un mail qui me permettra de reconduire ou de suspendre mon adhésion pour la nouvelle année scolaire et d'apporter les corrections nécessaires à ma situation. Tout au long de l'année, je peux me désabonner en écrivant à [adhésion@snics.org](mailto:adhésion@snics.org).

**Non reconductibles en  1,  2,  3,  4,  5,  6 fois (\*)** à 1 mois d'intervalle (Validés pour l'année scolaire en cours ; le nombre de prélèvements pourra être ajusté pour que le dernier ait lieu en août).

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.

**A :** , le 20 SIGNATURE :

### BAREME DES COTISATIONS 2021-2022

#### INFIRMIER.E - CATEGORIE A

Échelon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Classe Normale</b>										
Cotisation €	108	112	117	124	130	139	144	150		
*Coût réel	36,72	38,08	39,78	42,16	44,2	47,26	48,96	51		
<b>Classe Supérieure</b>										
Cotisation €	124	131	140	146	151	159	164			
*Coût réel	42,16	44,54	47,6	49,64	51,34	54,06	55,76			
<b>Hors Classe</b>										
Cotisation €	117	121	127	132	138	145	151	158	165	174
*Coût réel	39,78	41,14	43,18	44,88	46,92	49,3	51,34	53,72	56,1	59,16

#### INFIRMIER.E - CATEGORIE B

Échelon	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Classe Normale</b>								
Cotisation en €	9 0	9 4	1 0 0	1 0 7	1 1 4	1 2 2	1 3 1	1 3 9
*Coût réel	3 0 , 6	3 1 , 9 6	3 4 , 0 0	3 6 , 3 8	3 8 , 7 6	4 1 , 4 8	4 4 , 5 4	4 7 , 2 6
<b>Classe Supérieure</b>								
Cotisation en €	1 2 1	1 2 8	1 3 4	1 4 1	1 4 5	1 4 9		
*Coût réel	4 1 , 1 4	4 3 , 5 2	4 5 , 5 6	4 7 , 9 4	4 9 , 3 0	5 0 , 6 6		

**Contractuel.le, Vacataire : 60€ - Retraité.e: 52€ - Disponibilité : 30€**  
**Temps partiel : cotisation calculée au prorata du temps effectué**  
**(ex 50% : 50% cotisation de l'échelon).**

**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