



### TARIF DES COTISATIONS 2020

SANS VOTRE PARTICIPATION, LE SYNDICAT NE PEUT PLUS AGIR  
POUR VOUS, POUR VOS DROITS, POUR VOUS DEFENDRE ... PENSEZ-Y !

COTISATION 1<sup>ère</sup> ADHESION ANNUELLE ..... 144 € (pour 4 trimestres)

COTISATION IDE – CADRES - SPECIALISES(ES) ... 168 € (pour 4 trimestres)

COTISATION ETUDIANT(E)S – RETRAITE(ES) ..... 12 € (pour 4 trimestres)

VOTRE COTISATION EST DEDUCTIBLE DE VOS IMPOTS A HAUTEUR DE 66 % DU MONTANT VERSE

NOTA : L'adhésion est reconduite d'année en année sauf retrait d'adhésion signifié par courrier. La date de réception de celui-ci entraînera arrêt des prélèvements après le prélèvement immédiatement postérieur (article L 2141-3- du Code du Travail).

Je choisis le système de recouvrement de ma cotisation syndicale 2019 par prélèvements automatiques :

Ci-Joint Relevé d'Identité :  BANCAIRE  CAISSE D'EPARGNE

LES PRELEVEMENTS SONT FIXES AUX : 5 FEVRIER – 5 AVRIL – 5 JUILLET – 5 OCTOBRE

SOIT SUIVANT MA SITUATION :  36 € x 4  42 € x 4  36 € x 4

ATTENTION : La cotisation est calculée sur la base de 4 trimestres (1 vignette = 1 trimestre) et doit être considérée indépendamment du mode de paiement.

✂ A DECOUPER ET A RETOURNER AU : SNPI CFE-CGC – 39 Rue Victor Massé – 75009 PARIS

Mandat de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SNPI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNPI.

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 pour un prélèvement autorisé.



Référence unique du mandat : COTISATION SNPI

Identifiant créancier SEPA : FR40ZZZ435499

Votre Nom : \_\_\_\_\_  
Votre Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_

Nom : SNPI  
Adresse : 39 Rue Victor Massé  
Code Postal : 75009 Ville : PARIS  
Pays : France

IBAN

BIC  Paiement  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

Trimestriel

A : \_\_\_\_\_ Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veillez compléter tous les champs du mandat.**