



SNPI

TARIF DES COTISATIONS 2019

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

COTISATION 1^{ère} ADHESION ANNUELLE 136 € (pour 4 trimestres)

COTISATION IDE – CADRES - SPECIALISES(ES) ... 156 € (pour 4 trimestres)

COTISATION ETUDIANT(E)S – RETRAITE(ES) 128 € (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 : 34 € x 4 39 € x 4 32 € 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 : _____

Nom : **SNPI**

Votre Adresse : _____

Adresse : **39 Rue Victor Massé**

Code Postal : _____ Ville : _____

Code Postal : **75009** Ville : **PARIS**

Pays : _____

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.