  **F I C H E A D H E S I O N 2 0 2 5**

N° adhérent :……..………..

**\*A compléter /la CGTR**

Statut du salarié 🗆Titulaire 🗆 CDI 🗆 CDD 🗆

Nom : Prénoms : Date de naissance : / /

Adresse :

E-mail :  069

Fonction/statut : Enseignant 🗆 administratif 🗆 Autre 🗆 Secteur d’activité : Formation

Nom de l’entreprise : Education Nationale Nom de l’établissement/service : Université de La Réunion

Nom du délégué CGTR : Rachelle Mariamon

SYNDICAT : Cgtr Educ’action UNION REGIONALE : Nord 🗆 Est 🗆 Ouest 🗆 Sud 🗆

Montant cotisation annuelle : Montant de cotisation Versée :

# REGLEMENT :  ESPECES  CHEQUE : Nbre : ….. Banque :………..…… N°……………………………………

 **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE SEPA : *(Fournir : RIB)***

**MENSUEL ◇ TRIMESTRIEL ◇ - SEMESTRIEL ◇ ANNUEL ◇**

**Montant P.A. : …………………………….. Date *(au choix)*: 1er**  **5**  **10**  **à compter du :**

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA : Vos Coordonnées bancaires (B) :**

**Fait à : :………………………………………… Date d’autorisation :……………………………….……**

*\*En signant ce formulaire de mandat SEPA, vous autorisez (A) la CGTR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CGTR. Vous bénéficiez du droit d’être remboursé par votre banque selon 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.*

*Signature de l’Adhérent – Titulaire du compte ci-dessus:*



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IBAN** | **F** | **R** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIC :** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nom + Signature du Collecteur : Joël de Palmas Date d’adhésion :

#  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***Coupon à détacher et à remettre au syndiqué –* ADHESION 2025**

# Je soussigné, Joël de Palmas atteste au nom de la CGTR Confédération que Mme/Mr…………………………………………….…………………………. a versé la somme de (en chiffres)\* €,

**(en lettres)\* au titre de la cotisation syndicale**

# pour l’année 2025, montant versé en espèce 🗆 /chèque 🗆 N° ou

* **Prélèvement par : …………….…. Montant P.A. : à compter du :**

# Fait pour servir et valoir ce que de droit. Fait à Saint-Denis, le

***\*Sous réserve d’encaissement et de vérification***

***Important : Cette fiche ne vaut pas attestation fiscale, ni carte d’adhésion, laquelle te sera transmise dans le mois.***