FEDERATION AUTONOME DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
de SEINE-ET-MARNE

Neutralité Politique – Liberté d'Agir

Affiliée à l'Union Européenne des Syndicats

37 rue Lara – 77430 CHAMPAGNE-SUR-SEINE ☎ 01 60 71 16 62 - 01 64 22 75 63 syndicat@autonome77fpt.org

Nouvelle Adhésion ❑ Renouvellement ❑ pour l'année 2019

Nom : ……..

Prénom : …….

Adresse : …….
……..

Grade : ……..…..……

Titulaire ❑ Stagiaire ❑ Contractuel ❑

C.P. : …… **Ville :** ……...

Tél. Dom. : …./…../…../…../…. **Tél. Portable** :…/…../…../…../….. **Mail :** .....

Collectivité (nom et ville) : ……..

❑ **Je désire recevoir les infos du mois par mail** : ……@.....

J'autorise la transcription de mon nom dans un fichier informatisé et l'exploitation de celui-ci, le tout conformément aux dispositions arrêtées par la C.N.I.L.

BAREME ADHESION 2019

Cotisation annuelle = **Salaire de base brut** (1ère ligne du bulletin de paye) **X 0,75** **X 12 mois**
100

Pour les retraités : 50 % de la cotisation des actifs

D'après le barème indiqué ci-dessus, ma cotisation pour l'année **2019**, s'élève à ……..…….Euros.

❑ Je règle le montant par chèque à l'ordre de la **FA-FPT 77** que j'adresse au **37 rue Lara – 77430 CHAMPAGNE SUR SEINE**

❑ Je règle par prélèvement annuel ou mensuel en remplissant l'autorisation de prélèvement ci-dessous.

❑ Je règle par virement de banque à banque au Crédit Agricole IBAN : **FR76 1870 6000 0000 0232 9573 123** lors du virement je mentionne **IMPERATIVEMENT** mes nom et prénom et je renvoie mon bulletin d'adhésion rempli (par mail ou voie postale)

MANDAT DE PRELEVEMENT FA-FPT 77 : FR50222488184

Je soussigné (e), …… autorise la **FA-FPT** de Seine et Marne à prélever la somme de ……. € (montant annuel de la cotisation). (joindre RIB pour nouvelle adhésion ou changement banque)

❑ Un seul prélèvement

❑ mensuellement (pour les renouvellements, le montant des prélèvements mensuels est calculé sur le nombre de mois restants pour l'année)

Numéro IBAN FR|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|

Numéro BIC : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **De préférence fournir un RIB**

Fait à ……..…....le ……

Signature :

✶Je prends connaissance qu'en fin d'année, je recevrai ma demande de renouvellement pour l'année à venir.