

2026**FICHE ADHESION A RETOURNER au SNTRS-CGT : CNRS Bât. H , 7 rue Guy Moquet 94800 VILLEJUIF tél : 01 49 58 35 85**

NOM		SECTION		fiche <input type="text"/>
Mme / M	Prénom	UD	UL CGT	
COORDONNEES PERSONNELLES				
Adresse				
CP	VILLE	Tél Perso	Date de Naissance	
Pays		Portable		
COORDONNEES PROFESSIONNELLES				
Labo/adr				
CP	VILLE	Email		
Tél pro	2e tél	N°UMR/MOY	2e Email	
EPST Employeur		CORPS & GRADE	Date adhésion	COTISATION
N°délég. Régionale				
N°Branche Activité Prof. (BAP)		Echelon	COTIS mensuelle due :	
N° section CoNRS (CNRS)		Indice IFSE Groupe 1	(voir sur grille des cotis)	
N° section CSS (INSERM)		T. Partiel IFSE Groupe 2	Prélèvement Automatique	
		Taux IFSE Groupe 3	Référence PAC <input type="text"/>	
		Non titulaire		

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA A COMPLETER**

Veuillez compléter tous les champs du mandat

JOINDRE un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNTRS-CGT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNTRS-CGT. 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 de Mandat :

(N° de contrat SEF)

Identifiant créancier SEPA : **FR21ZZZ149497****Débiteur :**

NOM :

Prénom :

Adresse :

C P : Ville :

IBAN :

BIC :

A : Le : / /

Signature

Créancier :NOM : **SNTRS - CGT**Adresse : **Groupe de laboratoires CNRS Bât. H
7 rue Guy Moquet**Code Postal : **94800** Ville : **VILLEJUIF**

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Echéance le : / /

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