

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

Mme / M

NOM**SECTION**

fiche

Prénom**UD****UL CGT****COORDONNEES PERSONNELLES**

Adresse

CP

VILLE

Tél Perso

Pays

Date de Naissance

COORDONNEES PROFESSIONNELLES

Labo/adr

CP

VILLE

Email

Tél pro

2e tél

N°UMR/MOY

2e Email

EPST Employeur

N°délég. Régionale

N°Branche Activité Prof. (BAP)

N° section CoNRS (CNRS)

N° section CSS (INSERM)

CORPS & GRADE

Date adhésion

Echelon

IFSE Groupe 1

Indice

IFSE Groupe 2

T. Partiel

IFSE Groupe 3

Taux

Non titulaire

COTISATIONCOTIS mensuelle due :
(voir sur grille des cotis)

Prélèvement Automatique

Référence PAC

**Mandat de prélevement SEPA****MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA A COMPLETER****Veuillez compléter tous les champs du mandat****JOINDRE un RELEVE D'IDENTITE 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 :

NOM : **SNTRS - CGT**

Prénom :

Adresse : **Groupe de laboratoires CNRS Bât. H**
7 rue Guy Moquet

Adresse :

C P : Ville :

Code Postal : **94800** Ville : **VILLEJUIF**

IBAN :

BIC :

A :

Le : / /

Paiement :

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

Signature

Echéance le : / /

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