



## TARIF DES COTISATIONS ANNUELLES 2018

<b>COTISATION NORMALE - Salaire net inférieur à 1 500 €</b>				<b>120 €</b>
Demandeur d'Emploi – Retraité				
<b>5/02/18 = 30 €</b>	<b>5/05/18 = 30 €</b>	<b>5/08/18 = 30 €</b>	<b>5/11/18 = 30 €</b>	
<b>COTISATION NORMALE - Salaire net supérieur à 1 500 €</b>				<b>144 €</b>
<b>5/02/18 = 36 €</b>	<b>5/05/18 = 36 €</b>	<b>5/08/18 = 36 €</b>	<b>5/11/18 = 36 €</b>	

**Nota :** L'adhésion est reconduite par tacite reconduction, sauf retrait d'adhésion signifié par courrier. En cours d'année, la cotisation reste due dans la limite de 6 mois (**Article L2141-3 du Code du Travail**).

✂ à découper et à retourner au SNTTP CFE-CGC - 39 Rue Victor Massé-75009 PARIS

Melle  Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je choisis le système de recouvrement de ma cotisation syndicale par **MANDAT DE PRELEVEMENT** :

Ci-Joint Relevé d'Identité :  BANCAIRE  CAISSE D'EPARGNE  POSTAL

Les prélèvements sont fixés aux : **5 FEVRIER – 5 MAI – 5 AOUT – 5 NOVEMBRE –**

SOIT SUIVANT MA SITUATION :  30 € x 4 = **120 €**  36 € x 4 = **144 €**

**ATTENTION :** La cotisation est calculée sur la base de 4 trimestres et doit être considérée indépendamment du mode de paiement

### Mandat de prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le **SNTTP** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SNTTP**.

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.



**Syndicat National  
des Techniciens  
et Professionnels  
Santé Social**

Référence unique du mandat : **COTISATION SNTTP** Identifiant créancier SEPA : **FR29ZZZ434145**

Votre Nom : \_\_\_\_\_  
 Votre Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_

Nom : **SNTTP**  
 Adresse : **39 Rue Victor Massé**  
 Code Postal : **75009** Ville : **PARIS**  
 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.**

