

**SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIER(E)S CONSEILLER(E)S DE SANTE  
S.N.I.C.S./FSU**

## Bulletin d'adhésion ou de renouvellement 2018/2019

|            |               |
|------------|---------------|
| Académie : | Département : |
|------------|---------------|

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| Mme . M. (*) Nom : | Nom de naissance :  |
| Prénom :           | Date de naissance : |

|                       |         |             |
|-----------------------|---------|-------------|
| Adresse personnelle : |         |             |
| Code postal :         | Ville : | Téléphone : |
| Adresse Mail perso :  |         |             |

|  |         |                       |
|--|---------|-----------------------|
| Adresse administrative :                                   |         |                       |
| Code postal :  | Ville : | Téléphone :           |
| Adresse Mail administrative :                              |         |                       |
| Numéro d'identification de l'établissement ou du service : |         | Externat Internat (*) |

|                                 |           |                                   |                |
|---------------------------------|-----------|-----------------------------------|----------------|
| Grade :                         | Echelon : | Date de la dernière promotion :   | Date du D.E. : |
| Date entrée Fonction Publique : |           | Date entrée Education nationale : |                |

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Situation : titulaire - stagiaire - contractuel(le) - vacataire (*) |                              |
| Quotité de temps partiel :  | disponibilité - retraite (*) |

Je règle ma cotisation de : ..... par chèque à l'ordre du S.N.I.C.S. ou par paiement fractionné (\*).  
Le paiement fractionné (PF) se fera en 4 ou 6 fois à 1 mois d'intervalle. Dans ce cas, remplir le formulaire de prélèvement, au verso (date limite d'envoi du PF: en 6 fois **1<sup>er</sup> janvier 2019**, PF en 4 fois **1<sup>er</sup> avril 2019**).

**Ce bulletin est à envoyer à la secrétaire départementale ou académique du SNICS.**

### BAREME DES COTISATIONS 2018-2019

#### INFIRMIER(E) EN CATEGORIE A

| Echelon                                 | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Infirmer(e) de classe normale</b>    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Cotisations</b>                      | 99  | 104 | 109 | 115 | 123 | 132 | 137 | 141 |     |     |
| <b>Infirmer(e) de classe supérieure</b> |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Cotisations</b>                      | 115 | 124 | 132 | 138 | 143 | 149 | 153 |     |     |     |
| <b>Infirmer(e) hors classe</b>          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Cotisations</b>                      | 106 | 114 | 119 | 125 | 131 | 137 | 143 | 150 | 157 | 164 |

#### INFIRMIER(E) EN CATEGORIE B

| Echelon                                 | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Infirmer(e) de classe normale</b>    |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Cotisations</b>                      | 90  | 94  | 100 | 107 | 114 | 122 | 131 | 139 |
| <b>Infirmer(e) de classe supérieure</b> |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>Cotisations</b>                      | 121 | 128 | 134 | 141 | 145 | 149 |     |     |

*Auxiliaire, contractuel(le), Vacataire : 60€ - Retraité(e) : 52€ - disponibilité : 30€ - temps partiel : cotisation calculée au prorata du temps effectué : par exemple mi-temps : 1/2 cotisation de l'échelon.*

## PAIEMENT FRACTIONNE DE LA COTISATION SYNDICALE

- Veuillez remplir cette demande de Paiement Fractionné.
- Indiquez le montant total de la cotisation.
- Choisissez le nombre de prélèvements pour lequel vous optez (4 ou 6)
- Signez cette autorisation de prélèvement et retournez-la très rapidement

**Date limite d'envoi pour les prélèvements en 6 fois : 1<sup>er</sup> janvier 2019, en 4 fois : 1<sup>er</sup> avril 2019**

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Code postal :

Ville :

---

**MONTANT TOTAL DE LA COTISATION :**

**NOMBRE DE PRELEVEMENTS CHOISI : 4 6 (Rayer la mention inutile)**

---

### MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **le SNICS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SNICS**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

**Créancier :** SNICS - 46 Avenue d'Ivry 75013 PARIS

**Identifiant créancier SEPA :** FR37ZZZ642551

**Débiteur :** Votre nom et prénom :

Votre adresse :

### COMPTE à DEBITER :

IBAN

BIC

A :

Le :

### SIGNATURE :

*J'accepte de fournir au S.N.I.C.S. les informations nécessaires à l'examen de ma carrière. Je demande au S.N.I.C.S. de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions paritaires et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements informatisés dans les conditions fixées dans les articles 26 et 27 de la loi du 6 janvier 1978. Cette autorisation est à reconduire lors du renouvellement de l'adhésion et révoquable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au S.N.I.C.S., 46 avenue d'Ivry 75013 Paris ou à ma section académique.*