

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

**Bulletin d'adhésion ou de renouvellement 2020/2021**

Académie : <input type="text"/>	Département : <input type="text"/>
Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Nom : <input type="text"/>	Nom de naissance : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>

Adresse personnelle : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>	
Adresse Mail perso : <input type="text"/>	

Adresse administrative : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>	
Adresse Mail administrative : <input type="text"/>	
Numéro d'identification de l'établissement ou du service : <input type="text"/>	Externat <input type="checkbox"/> Internat <input type="checkbox"/> (*)

Grade : <input type="text"/>	Echelon : <input type="text"/>	Date de la dernière promotion : <input type="text"/>	Date du D.E. <input type="text"/>
Date entrée Fonction Publique : <input type="text"/>	Date entrée Education nationale : <input type="text"/>		

Situation : titulaire <input type="checkbox"/> - stagiaire <input type="checkbox"/> - contractuel(le) <input type="checkbox"/> - vacataire <input type="checkbox"/> (*)
Quotité de temps partiel : <input type="text"/> disponibilité <input type="checkbox"/> - retraite <input type="checkbox"/> (*)

Je règle ma cotisation de :  € par chèque  (\*) à l'ordre du S.N.I.C.S. ou paiement fractionné  (\*).  
Le paiement fractionné (PF) se fera en en 1  2  3  4  5  6  (\*) à 1 mois d'intervalle **correspondant au nombre de prélèvements**. Dans ce cas, **impérativement** remplir le formulaire de prélèvement, au verso.

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

**Publications FSU : Papier  Numérique  (\*)**      (\*) **cocher la case correspondante à votre choix**

**BAREME DES COTISATIONS 2020-2021**

**INFIRMIER(E) EN CATEGORIE A**

Echelon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Infirmier(e) de classe normale</b>										
<b>Cotisations</b>	108	112	117	124	130	139	144	150		
*Cout réel après crédit d'impôt	36,72	38,08	39,78	42,16	44,2	47,26	48,96	51		
<b>Infirmier(e) de classe supérieure</b>										
<b>Cotisations</b>	124	131	140	146	151	159	164			
*Cout réel après crédit d'impôt	42,16	44,54	47,6	49,64	51,34	54,06	55,76			
<b>Infirmier(e) hors classe</b>										
<b>Cotisations</b>	117	121	127	132	138	145	151	158	165	174
*Cout réel après crédit d'impôt	39,78	41,14	43,18	44,88	46,92	49,3	51,34	53,72	56,1	59,16

**INFIRMIER(E) EN CATEGORIE B**

Echelon	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Infirmier(e) de classe normale</b>								
<b>Cotisations</b>	90	94	100	107	114	122	131	139
*Cout réel après crédit d'impôt	30,6	31,96	34	36,38	38,76	41,48	44,54	47,26
<b>Infirmier(e) de classe supérieure</b>								
<b>Cotisations</b>	121	128	134	141	145	149		
*Cout réel après crédit d'impôt	41,14	43,52	45,56	47,94	49,3	50,66		

**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).**

\*Vous bénéficiez, que vous soyez imposable ou non, d'un crédit d'impôt égal à 66% de votre cotisation. \*  
\* sauf déclaration aux frais réels où la cotisation est comptabilisée dans les frais professionnels.

## 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
- Signez cette autorisation de prélèvement et retournez-la très rapidement

NOM :  PRENOM :

Adresse :

Code postal :  Ville :

MONTANT TOTAL DE LA COTISATION :  €

NOMBRE DE PRELEVEMENTS CHOISI : 1  2  3  4  5  6  (Cocher le nombre choisi)  
Date limite d'envoi pour les prélèvements dernier prélèvement en août ( ex :en 6 fois limite 1<sup>er</sup> février 2021)

---

### MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **SNICS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et 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 votre prénom :

Votre adresse :

**COMPTE à DEBITER (fournir un **RIB impérativement**)** : BANQUE :

IBAN :

BIC :

A :

Le :

**SIGNATURE** :

---

*En adhérant, 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 modifiée et au RGPD (voir charte sur site Internet [www.snics.org](http://www.snics.org)) Cette autorisation est à reconduire lors du renouvellement de l'adhésion et révoquant 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.*

**DATE**

**SIGNATURE**