

**2025**

FICHE A RETOURNER au SNTRS-CGT : CNRS Bât. i , 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 Date de Naissance  
 Pays Portable

**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**  
**Indice** IFSE Groupe 1  
**T. Partiel** IFSE Groupe 2  
 Taux IFSE Groupe 3  
 Non titulaire

**COTISATION**

COTIS mensuelle due :  
 (voir sur grille des cotis)  
 Prélèvement Automatique  
 Référence PAC

Mandat de prélevement  
 SEPA

**SEPA**  
 Single Euro Payments Area

**SNTRS**  
*la*  
**cgtr**

**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