



Bulletin de cotisation

année scolaire 2021-2022

Premier degré

M Mme

1^{ère} adhésion

Renouvellement de cotisation

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

CP : _____ Ville : _____

N° téléphone portable : _____

N° téléphone fixe : _____

email : _____

Affectation : _____

_____ Ville : _____

Instit. PE Adjoint Directeur Hors classe

Spécialité : _____ échelon : _____

Autre contrat : _____

Temps partiel quotité : ____ % Congé formation (85%)

(Cotisation de l'échelon au prorata du pourcentage de temps partiel)

Montant de votre cotisation : _____ €

Tableau de cotisations des personnels de l'enseignement du premier degré

Echelon	Instit. et PE	Directeurs		
		2 à 4 classes	5 à 9 classes	10 classes et +
1	102	104	108	110
2	115	118	121	124
3	117	119	122	125
4	120	122	126	128
5	124	125	129	132
6	128	129	132	135
7	135	136	140	142
8	145	145	149	152
9	154	155	158	161
10	164	166	169	172
11	175	177	181	183
Hors Classe				Classe exc
1	154	153	156	159
2	162	163	167	169
3	174	174	178	180
4	186	188	191	194
5	199	200	203	206
6	210	211	214	217
HEA1				232
HEA2				241
HEA3				253

Autres personnels	
Professeur des Ecoles Stagiaire	88,00
ASED, EVS, AESH	75,00

* Adhérent retraité : 1/30^{ème} de la pension mensuelle nette

COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?

par chèque(s) à l'ordre du SPEG CB en espèces par prélèvement SEPA : octobre 2021 à juillet 2022
nombre de chèques : ____ (6 chèques maximum) (10 mensualités ou au prorata si adhésion en cours d'année).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - JOINDRE UN RIB / IBAN



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SPEG à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SPEG. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.



Référence unique du mandat : _____

identifiant du créancier SEPA : **FR17ZZZ646888**

SIREN : **433056645** Numéro national d'émetteur : **646888**

Débiteur		Créancier	
Nom et prénom		Nom	SYNDICAT DES PERSONNELS DE L'EDUCATION EN GUADELOUPE
Adresse		Adresse	5 immeuble Diligenti BP 489
Code postal	Ville	Code postal	97189 Ville POINTE-À-PITRE Cedex
Pays		Pays	France

IBAN _____

BIC _____ Paiement Récurrent / Répétitif Ponctuel Montant : _____

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.

Renvoyer à : SPEG 5, Immeuble DILIGENTI Assainissement – BP 489 – 97164 POINTE-A-PITRE cedex

☎ : 0590 91 05 32 / 📠 : 0590 83 90 42 / @ : spg@wanadoo.fr