



BULLETIN DE COTISATION année scolaire 2023-2024

PREMIER DEGRE

M Mme

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

CP : _____ Ville : _____

N° téléphone portable : _____

N° téléphone fixe : _____

email : _____

Affectation : _____

_____ Ville : _____

Instit. PE Directeur CLN HCL Classe ex

Echelon : _____ Spécialité : _____

PE contractuel AESH

Temps partiel quotité : ___ % Congé formation (85%)
(Cotisation au prorata du pourcentage du temps travaillé)

Montant de votre cotisation : _____ €

Cotisation retraités : 1/30^{ème} de la pension mensuelle nette


1^{ère} adhésion Renouvellement

Classe Normale					
Echelon	Instit. et PE	Directeurs			Classe Exc
		2 à 4 classes	5 à 9 classes	10 classes et +	
1	107	111	115	118	
2	121	125	129	132	
3	123	127	131	133	
4	126	130	134	137	
5	130	135	138	141	
6	135	139	143	145	
7	142	146	150	153	
8	152	157	161	163	
9	161	166	170	172	
10	172	176	180	183	
11	184	188	192	195	
Hors Classe					
1	161	166	170	172	190
2	171	175	179	182	201
3	183	187	191	194	212
4	196	200	204	206	227
5	209	213	217	220	
6	220	225	229	231	
7	225	229	233	235	
HEA1					243
HEA2					253
HEA3					266
Autres personnels					
Professeur des Ecoles Stagiaire				88,00 €	
AESH					
100% : 75 €			60% : 45 €		
90% : 68 €			50% : 38 €		
77% : 58 €			CTRL en CDD 73 €		

COMMENT PAYER VOTRE COTISATION ?

par chèque(s) à l'ordre du SPEG CB en espèces par prélèvement SEPA : octobre 2023 à juillet 2024
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 : _____

Débiteur		Créancier	
Nom et prénom	_____	Nom	SYNDICAT DES PERSONNELS DE L'ÉDUCATION EN GUADELOUPE
Adresse	_____	Adresse	5 immeuble Diligent BP 489
Code postal	_____ Ville _____	Code postal	97189 Ville POINTE-À-PITRE Cedex
Pays	_____	Pays	France
IBAN	_____	identifiant du créancier SEPA	FR17ZZZ646888
BIC	_____	SIREN	433056645 Numéro national d'émetteur : 646888
A : _____ le : _____	Paiement <input type="checkbox"/> Récurrent / Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel <input type="checkbox"/> Montant : _____		

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 189 – 97164 POINTE-A-PITRE cedex
☎ : 0590 91 05 32 / 0690408524 @ : contact@spg-guadeloupe.org