BULLETIN DE COTISATION année scolaire 2024-2025

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 : 1/30ème de la pension mensuelle nette

☐ 1ère adhésion ☐ Renouvellement

Classe Normale					
Echelon	Instit. et PE	Directeurs			
		2 à 4 classes	*5 à 9 classes*	*10 classes et +*	
1	108	114	118	120	
2	122	128	132	134	
3	124	130	133	136	
4	127	133	137	140	
5	132	137	141	144	
6	136	142	145	148	
7	143	149	153	156	
8	154	159	163	166	
9	163	168	172	175	
10	173	179	183	186	
11	185	191	195	198	
Hors Classe					*Classe Exc*
1	163	168	172	175	191
2	172	178	182	184	202
3	184	190	194	196	213
4	197	203	206	209	228
5	210	216	220	222	
6	222	228	231	234	
7	226	232	235	238	
HEA1					245
HEA2					254
HEA3					267

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 2024 à juillet 2025

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. **Veuillez compléter tous les champs du mandat.**

Renvoyer à : SPEG 5, Immeuble DILIGENTI Assainissement – BP 189 – 97164 POINTE-A-PITRE cedex

☎ : 0590 91 05 32 / 🖷 : 0590 83 90 42 / @ : speg@wanadoo.fr