

DEMANDE D'ADHÉSION

☒ SECTEUR PUBLIC

☐ SECTEUR PRIVÉ



SNT

SYNDICAT
NATIONAL
DES
TERRITORIAUX

2026



Ensemble et pour tous

SECTION LOCALE : Ville de Marseille

A retourner ainsi que votre règlement à l'ordre de SNT CFE-CGC à l'adresse suivante :
Syndicat SNT CFE-CGC Ville de Marseille CMCI, 5ème étage Esc C, 2 rue Henri Barbusse 13001 Marseille
Le paiement en quatre fois reste possible trimestriellement par le prélèvement SEPA (document joint).

CATÉGORIE / COLLÈGE : ☐ A ou 4.2 : 130 € ☐ B ou 4.1 à 3.1 : 110 € ☐ C ou 2.2 à 1 : 90 € ☐ Retraité : 90 €

☐ Première adhésion : renseigner toute la fiche

☐ Renouvellement (ou mise à jour de votre situation) :

indiquer uniquement nom, prénom et date de naissance et toutes les modifications intervenues, en particulier celles concernant votre grade et vos différents mandats afin de continuer à garantir vos droits au sein de votre syndicat

☐ M. ☐ Mme **Nom :**

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

à :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone personnel :
(portable de préférence)

Email personnel :
(pas d'e-mail professionnel, merci)

SITUATION ADMINISTRATIVE

☒ **SECTEUR PUBLIC :** Grade : Fonction :
☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Vacataire ☐ Contractuel (CDD) ☐ Contractuel (CDI) ☐ autre (préciser) :
FILIÈRE : ☐ Administrative ☐ Technique ☐ Culturelle ☐ Sportive ☐ Animation ☐ Police Territoriale
☐ Sociale ☐ Médico-sociale ☐ Médico-Technique ☐ autre (préciser) :

☐ **SECTEUR PRIVÉ :** Fonction :
☐ Stagiaire ☐ Vacataire ☐ Contractuel (CDD) ☐ Contractuel (CDI)

EMPLOYEUR Ville de Marseille DGA : Direction : Pôle : Service : Division

Adresse professionnelle :

Code postal :

Ville :

MANDAT(S)

secteur public : ☐ CST ☐ CAP ☐ F3SCT ☐ UD ☐ UR ☐ autre (COS, CAF, CPAM, CAISSES DE RETRAITE, PREFON, FIPHP, MUTUELLE, etc.) - préciser :

secteur privé : ☐ DS ☐ RSS ☐ CSE ☐ UD ☐ UR ☐ autre (CE, CAF, CPAM, CAISSES DE RETRAITE, MUTUELLE, etc.) - préciser :

Votre cotisation ouvre droit à crédit d'impôts à hauteur de 66% ou est à inclure dans les frais réels. Elle vous permet :

- d'avoir accès à un accueil personnalisé, avec des informations statutaires ;
- après une période de 6 mois, en cas de litige avec l'employeur, de bénéficier d'un appui juridique, du conseil au contentieux, sous réserve d'acceptation du dossier par le SNT ;
- d'avoir accès à des formations, à notre documentation (fiches juridiques, guides, articles) ainsi qu'à notre revue de presse spécialisée (accès réservé) et à notre newsletter.

Je choisis de régler ma cotisation :

☐ par prélèvement automatique trimestriel (voir modalités et formulaire à remplir au dos)

☐ chaque année civile, en une fois, par chèque bancaire (à l'ordre du SNT CFE-CGC et à joindre à cette demande d'adhésion)

J'autorise le SNT CFE-CGC à utiliser mes coordonnées à des fins strictement syndicales.

Fait à :

le :

Signature

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire vous autorisez le SNT-CFE-CGC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS) FR 82AAA649113

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter :

NOM

Prénom

ADRESSE

.....

CP

VILLE

.....

Désignation de l'organisme créancier :

S.N.T. CFE-CGC

Echéancier trimestriel :

A ou 4.2	32,50 € par trimestre soit 130 € par an
B ou 4.1 à 3.1	27,50 € par trimestre soit 110 € par an
C ou 2.2 à 1	22,50 € par trimestre soit 90 € par an
Retraité	22,50 € par trimestre soit 90 € par an

Coordonnées bancaires : joindre obligatoirement un RIB

N° IBAN : _ _ _ _ _

N° BIC : _ _ _ _ _

Références du mandat délivré par le SNT CFE-CGC :
(à remplir par le trésorier national)

N° RUM.....

Fait à Le

Signature obligatoire

Etablissement teneur du compte à débiter

Banque

Adresse.....

CP..... Ville.....

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire vous autorisez le SNT-CFE-CGC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS)

FR 82AAA649113

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter :

NOM

Prénom

ADRESSE

.....

CP

VILLE

.....

Désignation de l'organisme créancier :

S.N.T. CFE-CGC

Echéancier trimestriel :

(sur la base de la tarification en vigueur à la date de l'adhésion et susceptible d'évoluer selon la catégorie ou la grille de tarifs annuelle)

A ou 4.2	32,50 € par trimestre soit 130 € par an
B ou 4.1 à 3.1	27,50 € par trimestre soit 110 € par an
C ou 2.2 à 1	22,50 € par trimestre soit 90 € par an
Retraité	22,50 € par trimestre soit 90 € par an

Coordonnées bancaires : joindre obligatoirement un RIB

N° IBAN : _____

N° BIC : _____

Références du mandat délivré par le SNT CFE-CGC :
(à remplir par le trésorier national)

N° RUM.....

Fait à Le

Signature obligatoire

Etablissement teneur du compte à débiter

Banque

Adresse.....

CP..... Ville.....