



FORMULAIRE D'ADHÉSION



Mme M. **Nom de naissance :**

Prénom : **Nom d'usage :**

Date de naissance : **Lieu de naissance :**
(jj/mm/aaaa)

Adresse courriel :

Code adhérent :
(uniquement dans le cas d'une réadhésion)

Adresse de contact (envoi du journal, etc.)

Code postal : **Ville :** **Pays :**

Téléphone :

Lieu d'affectation

Établissement :

Composantes ou service (IAT, SCD, IUT, INSPE, etc.) :

EPST	CNRS	INSERM	INRAE	INRIA	INED	IFSTTAR	IRD
	Délégation régionale		Code unité ou laboratoire			Autres	

Indiquez votre statut : (ITRF, ITA, BIB, PO, contractuel, autres)

Corps : **Grade :** **Échelon :** **Indice IM :**

Si ITRF ou ITA, indiquez votre BAP et emploi-type :

En activité : **Retraité :** **Temps partiel :** % **Montant de la cotisation :** €
Se reporter à la grille de cotisation sur cotisation.snptes.fr

Prélèvement automatique par tacite reconduction **Chèque** **Nombre de chèques**
Oui Non Banque

L'ensemble de ces renseignements nous permettra de vous défendre efficacement, d'assurer le suivi de votre carrière et de vous adresser nos informations avec davantage de précision.

J'autorise le SNPTES à faire figurer des informations dans ses fichiers et ses traitements manuels et automatisés dans les conditions fixées par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

Date :

Signature :