

# UNION SYNDICALE – SERVICE PUBLIC EUROPEEN – BRUXELLES

Avenue des Gaulois, 36 – 1040 Bruxelles - tel. 02.733.98.00 – fax. 02.733.05.33 – [info@unionsyndicale.eu](mailto:info@unionsyndicale.eu)

## **BULLETIN D'ADHESION**

(à compléter en MAJUSCULES)

**à renvoyer à :**                      \* pour la Commission                      :                      SECPOL - J-70 01/102  
    \* pour le CESE / CdR                      :                      Siège USB - 36 avenue des Gaulois - 1040 BXL  
    \* pour le SEAE                      :                      Sec. EEAS - EEAS 01/536

Je, soussigné(e)

**N° de PERSONNEL :** ..... **NOM :** .....

Nom de jeune fille /d'épouse(\*) : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... sexe : ..... Nationalité : ..... langue : .....

**INSTIT. :** ..... **adresse bureau : sous ce type de format : (J-70 01 / 102)**.....

DG/service : .....

Date du premier recrutement dans les institutions (**jour/mois/année**) :.....

Date de fin de contrat (si d'application) : (**jour/mois/année**).....

TEL. Bureau : ..... FAX. Bureau : .....

Email : .....

**LIEN STATUTAIRE (\*)**: Fonctionnaire - Agent contractuel -Agent temporaire - Free lance - END -Agent local - Pensionné(e) - CHCO (\*)

Catégorie - Grade / Groupe de fonction : ..... Temps plein/Mi-temps/CCP/Autre(\*)

Compte bancaire (**avec code IBAN**) .....

**ADRESSE PRIVEE :** Av./rue : .....

CP : ..... Commune : ..... tel. : .....gsm : .....

**Email privé en lettres majuscules :** .....

Donne mon adhésion à l'Union Syndicale, Service public européen, Bruxelles, affiliée à l'I.S.P et à la C.S.I. Cette adhésion implique l'acceptation des statuts ainsi que le paiement de la cotisation trimestrielle.

**Veillez entourer votre grade et/ou groupe de fonction**

Fonctionnaires/Agents temporaires		AGENTS CONTRACTUELS		
GRADE	COTISATION TRIMESTRIELLE	GROUPE	GRADE	COTISATION TRIMESTRIELLE
16	143,45 €	IV	18	49,45 €
15	126,79 €		17	43,71 €
14	112,06 €		16	38,63 €
13	99,04 €		15	34,14 €
12	87,54 €		14	30,18 €
11	77,37 €		13	26,67 €
10	68,38 €		III	12
9	60,44 €	11		30,18 €
8	53,42 €	10		26,67 €
7	47,21 €	9		23,57 €
6	41,73 €	8		20,83 €
5 / SC6	36,88 €	II	7	23,57 €
4 / SC5	32,60 €		6	20,83 €
3 / SC4	28,81 €		5	18,41 €
2 / SC3	25,46 €		4	16,27 €
1 / SC2	22,50 €	I	3	20,05 €
SC1	19,73 €		2	17,72 €
			1	15,67 €

Dès réception du présent bulletin accompagné de l'avis de domiciliation ci-joint dûment complétés et signés, mon adhésion sera soumise à l'approbation du Comité exécutif. Je recevrai ma carte de membre dans les jours qui suivent.

**USAGE CONFIDENTIEL réservé au syndicat.**

Les membres du Comité exécutif et le secrétariat s'engagent à ne pas communiquer vos données personnelles à l'extérieur.

Fait à .....

le .....

**signature :**

.....

**UNION SYNDICALE - SERVICE PUBLIC EUROPEEN - BRUXELLES**

AVENUE DES GAULOIS, 36 – B-1040 BRUXELLES - TEL. 02/733.98.00 - FAX. 02/733.05.33

N° créancier : BE64ZZZ0850225190 (ne pas tenir compte de ce numéro)

**MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE SEPA - Core  
SEPA EUROPEAN DIRECT DEBIT MANDATE – Core scheme**

Référence du mandat / Mandate reference (sera complété par l'Union Syndicale / Will be completed by Union Syndicale)

-----

Pour un prélèvement récurrent et / ou unique  
For a recurring and/or one-off payment

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Union Syndicale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Union Syndicale.*

*Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.*

*By signing this mandate form, you authorise (A) Union Syndicale to instruct your bank to debit your account, and (B) your bank to debit your account in accordance with Union Syndicale's instructions.*

*You have the right to request a refund from your bank according to the conditions specified in your agreement with it. All refund requests must be submitted within 8 weeks of the date on which your account was debited.*

Le soussigné / The undersigned,

Nom du débiteur: -----  
*Debtor's name*

Prénom: -----  
*First name:*

Rue: -----  
*Street:*

N°: ----- Boîte / Box: -----

Code postal: -----  
*Postcode:*

Ville / Town: -----

Pays / Country: -----

N° de compte (IBAN): - - - - / - - - - / - - - - / - - - - / -----  
*Account Number (IBAN)*

Code BIC : -----

Date: (jour-mois-année / day-month-year) : - - / - - / - - - -

Signature du titulaire du compte / Signature of the account holder