

La bonne prise en charge de nos clients La quadrature du cercle ?

La satisfaction de nos clients reste une préoccupation majeure.

Et nos clients sont de plus en plus exigeants tant sur le conseil apporté que sur les services rendus ... dans l'instant.

Ceci implique de fait une prise en charge immédiate et qualitative des demandes qui s'expriment désormais sur tous les canaux : mail, téléphone, face à face soit une gestion des flux qui devient trop souvent impossible à gérer tant la simultanéité des priorités est forte.

La suppression des CC dans toutes nos agences a rendu la mission impossible. En effet, comment gérer 15 rdv par semaine sur un portefeuille de plus de 1000 clients, leurs appels, leurs mails dans un temps réduit par la nécessité d'exercer l'accueil physique ou téléphonique en agence ? Sans compter un doublement ou un triplement des tâches en cas d'altération ou pire, de poste vacant.

Faute d'avoir su développer des solutions techniques « intelligentes » comme le traitement automatique des mails ou la prise en charge industrielle des appels, nos dirigeants n'ont pas trouvé d'autre solution que d'exiger la prise en charge des mails et des appels entrants ... y compris lors des réceptions clients prétextant que ces derniers pouvaient supporter jusqu'à 3 interruptions / appels lors d'un rendez-vous ?! ...

Bref, devant tant d'incohérences et d'injonctions paradoxales, **les élus du Syndicat Unifié demandent que le poste accueil tenu par un GC dans les agences de flux, en particulier les agences en secteur sensible, soit « réhabilité » / « réinstauré ».**

Cela constituera un premier pas vers un mode relationnel plus adapté aux attentes de nos clients et de nos collaborateurs.

Nous demandons qu'une analyse actualisée de la charge de travail soit réalisée visant à mesurer et peser l'ensemble des tâches qui incombent aujourd'hui aux commerciaux.

La seule comptabilité des rendez-vous ne saurait suffire pour déterminer l'effectif nécessaire pour prendre en charge la globalité de la relation avec tous nos clients.

Il importe que les portefeuilles soient recalibrés tenant compte de la réalité de chaque format et situation d'agence. Les exigences et objectifs doivent être étroitement liés aux moyens mis en œuvre.

Soucieux du bien-être et d'une bonne qualité de vie au travail, les élus du SU UNSA seront force de proposition en métropole et dans les DOM, sur les actions concrètes à mettre en œuvre.

Le bureau Syndical
Agir pour Construire...Ensemble !



Bulletin d'adhésion 2023

(à retourner par mail sur su.unsapacra@gmail.com)

NOM / PRENOM : _____

AFFECTATION : _____ ES : _____ REGION _____

CLASSIFICATION : _____ EMPLOI : _____

SOCIETAIRE : OUI NON (Barrez la mention inutile)

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ E-MAIL PERSO : _____

MOBILE PERSO : _____ MOBILE PRO : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ C.P. : _____

Date

Signature

Tarif des Cotisations annuelles 2023

CLASSIF	TARIF ANNUEL	APRES DEDUCTION DE 66%	TARIF MENSUEL
A	95 €	32,30€	9,50€
B	100 €	34,00€	10,00€
C	108 €	36,72€	10,80€
D	115 €	39,10€	11,50€
E	124 €	42,16€	12,40€
F	132 €	44,88€	13,20€
G	150 €	51,00€	15,00€
H	170 €	57,80€	17,00€
I	188 €	63,92€	18,80€
J	210 €	71,40€	21,00€
K	220 €	74,80€	22,00€
RETRAITES	50% dernière cotisation		

Paiement par prélèvement :
(joindre un RIB + exemplaire SEPA ci-joint rempli)

Cocher la case de votre choix :

Mensuel (10 Prélèvements sur la base d'une année pleine)

Annuel (fin mai)

Rappel: Afin d'encourager la syndicalisation, la Loi de finances permet de déduire 66% du montant de votre cotisation de vos impôts.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat ET à la trésorerie de l'association. En aucun cas elles seront transmises à une autre structure. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au trésorier ou au DSC de votre section ou au trésorier national.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA



Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER).

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,

*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom	*	1
	Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	*	2
	Numéro et nom de la rue	
	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *	3
	Code Postal Ville	
	*	4
	Pays	
Les coordonnées de votre compte	* <input type="text" value="FR76"/> <input type="text" value="1131"/> <input type="text" value="5000"/> <input type="text" value="0104"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5
	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	<input type="text" value="CEPA"/> <input type="text" value="FRPP"/> <input type="text" value="131"/>	6
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	* Syndicat Unifié/UNSA	7
ICS	Nom du créancier	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Identifiant créancier SEPA	8
	* 9 Boulevard Louvain	9
	Numéro et nom de la rue	
	* <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> * Marseille	10
	Code Postal Ville	
	*France	11
	Pays	
Type de Paiement	* Paiement mensuel <input type="checkbox"/> Paiement annuel <input type="checkbox"/>	12
Signé à	*	13
	Lieu Date	
Signature(s)	*Veuillez signer ici	
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Observations :

- 1 La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
- 2 Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères