FORMULAIRE ADHÉSION 2023

à renvoyer à SNUDI-FO 21, 2 rue Romain Rolland - 21000 DIJON
mail : snudifo21@gmail.com / tel : 03.80.67.01.11

66% de la cotisation est déductible du montant de votre impôt sur les revenus.
Si vous n'êtes pas imposable, vous bénéficierez d'un crédit d'impôt correspondant à 66% de la cotisation.

ECHELONS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PE CLASSE NORMALE	60	132	136	142	150	160	170	183	196	209	225
PE HORS CLASSE			223	239	255	269	274				
PE CLASSE Exceptionnelle	232	*246*	257	278	***1ère année*** **:** 298 / ***2ème année*** **:** 310 / ***3ème année*** **:** 325						
Ajouter à la cotisation	*Chargé d'école* : + 3 € *Directeur 2 à 4 classes :* + 6 € Directeur *5 à 9 classes* : + 10 € Directeur 10 classes et + : +14 €										
Autres catégories	***Stagiaire :*** *voir échelon 1* ***Contractuel*** *:* 50 € ***Retraité*** *:* 82 € ***Enseignants à temps partiel :*** cotisations prorata temporis ***AESH-EVS-AVS*** *:* 30 € ***Couples :*** retrancher 15 € par cotisation										

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNUDI-FO. Elles sont conservées pendant la durée de votre adhésion plus une période de 3 ans et sont destinées à la direction de la communication de FO conformément à la loi « informatique et libertés ». Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant : snudifo21@gmail.com ». ***J'accepte les conditions générales sus-citées*** ☐

✂----------

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Tél. portable : ..... - ..... - ..... - ..... - ..... Tél. fixe : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Adresse courriel : .....@.....

Poste (adj., dir., spé., …) : .....

Nom et Adresse de l'école :.....

.....

Tél. : ..... - ..... - ..... - ..... - .....

Échelon : ..... Temps partiel : quotité .....%

Montant réglé : .....

☐ par chèque(s) ☐ par virement (si plusieurs merci d'indiquer les montants) ☐ par prélèvement (voir au dos)

(indiquez au dos le mois d'encaissement) SNUDI-FO 21

10278	02543	00020644101	07	CCM AUXOIS SUD
Établissement	Guichet	N° compte	Clé	Domiciliation

BIC	IBAN						
CMCIFR2A	FR76	1027	8025	4300	0206	4410	107

Le ..... /..... /..... **Signature :***

Modèle de mandat de prélèvement SEPA

Ne remplir que les cases colorées

Référence Unique de Mandat (**RUM**)	N°adhérent
Type de paiement	récurrent

En signant ce formulaire de mandat de prélèvement, *Nom / Prénom :*

autorise le SNUDI-FO 21 à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte conformément aux instructions du SNUDI-FO 21

Informations sur le créancier :

Créancier :	**SNUDI-FO 21**
N° d'Identifiant Créancier SEPA (ICS) :	FR38ZZZ887652
Adresse du créancier :	2 rue Romain Rolland
Code postal :	21000
Ville :	DIJON
Pays :	FRANCE

Informations sur le débiteur : à remplir

Nom Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Pays :	
Nom de la banque du débiteur **:**	
Adresse de la banque	
Code BIC (ou SWIFT) de la banque	
IBAN du débiteur	

Signature du mandat de prélèvement :

Lieu	Date du jour	Signature du débiteur
……	……	……

Nombre de prélèvement : annualisé *(cocher)* ou 1, 2 ou 3 *(préciser la date)*

☐ Annualisé	1 : le……	2 : le……	3 : le……

Ce mandat est dédié aux prélèvements SEPA. Le débiteur peut se faire rembourser par sa banque un montant prélevé sur un compte bancaire, selon les délais suivants :

- Jusqu'à 8 semaines à partir de la date de débit, pour un prélèvement autorisé,
- Jusqu'à 13 mois, en cas de prélèvement non autorisé.