



FORMULAIRE ADHÉSION 2024

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

66% de la cotisation est déductible du montant de votre impôt sur les revenus.

Si vous n'êtes pas imposable, vous bénéficiez 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	1 ^{ère} année : 298 / 2 ^{ème} année : 310 / 3 ^{ème} 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 €										

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 (maximum 3 virements) par prélèvement (voir au dos)

(Indiquez au dos le mois d'encaissement)

RIB 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 prélèvements (*cocher*) : mensualisé, 1, 2, 3 ou autre.

<input type="checkbox"/>				
Mensualisé	1 prélèvement	2 prélèvements	3 prélèvements	Nombre de prélèvements au choix :

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.