



BULLETIN D'ADHÉSION OU DE RENOUVELLEMENT DE COTISATION CARTE 2023

Section de Savoie SNUDI FO
3 RUE RONDE BP 50423 73004 CHAMBERY CEDEX
Email : snudi.fo73@orange.fr ou contact@snudifo73.fr Site : www.snudifo73.fr
tél : 06 82 17 87 11

Nom Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Tel fixe :	Tel mobile :
Adresse mail :	
Ecole :	
Adresse école :	
Tél école :	Echelon :
Fonction : Directeur ou Adjoint	Grade : Instituteur ou Professeur des écoles
Travail à temps plein	Partiel quelle quotité :
Retraité :	COTISATION 120 € après impôt 40€

Rappel : la cotisation est déductible des impôts à concurrence de 66% :

échelon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
INSTITUTEURS adjoints										160	168
<i>après impôt</i>										<i>53</i>	<i>56</i>
Professeur des écoles adjoint	100	100	132	138	147	156	162	174	186	201	216
<i>après impôt</i>	<i>33</i>	<i>33</i>	<i>44</i>	<i>46</i>	<i>49</i>	<i>52</i>	<i>54</i>	<i>58</i>	<i>62</i>	<i>67</i>	<i>72</i>

Majoration de cotisation pour :	Avec votre adhésion vous recevrez :
- Hors classe : 12 € - directeur jusqu'à 9 classes : 12 € - directeur 10 classes et plus 15 € - Enseignant spécialisé : 6 €	- La lettre d'information du SnudiFO 73 - L'école syndicaliste (Journal national SNUDI FO)

RÈGLEMENT DE LA COTISATION :

☐ Je souhaite payer mes cotisations par prélèvement automatique en 1 fois ou jusqu'à 12 fois :

je joins un Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal et le mandat de prélèvement SEPA rempli.

☐ Je souhaite payer par chèque à l'ordre de SnudiFO SAVOIE en une fois.

MONTANT DU PRÉLÈVEMENT€

PÉRIODICITÉ : ☐ mensuelle ☐ bimestrielle ☐ trimestrielle ☐ semestrielle ☐ annuelle

DATE DU PREMIER PRÉLÈVEMENT :/...../ 2023 (jour, mois, année)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez **Snudi Force Ouvrière Savoie** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Snudi Force Ouvrière Savoie**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

DEBITEUR	CREANCIER
M. Mme Mlle (nom, prénom)	Snudi FO Savoie
Adresse	BP 50423
Code postal Ville	73004 CHAMBERY CEDEX

IBAN

BIC

Date / / 2023

Signature de l'adhérent