

NOMPrénom
 Nom de jeune fille Date de naissance
 Adresse
 CP Ville
 Tél Mail
 Etablissement Ville

Echelon : classe normale hors classe classe exceptionnelle
 Temps partiel : % (cotisation au prorata, arrondir le montant de la cotisation à l'euro le plus proche).
 Fonction : Adjoint Directeur AESH Remplaçant Retraite Autre :

Je calcule le montant de ma cotisation en fonction de la grille ci-dessous :

(66 % sont déductibles des impôts ou remboursables en crédit d'impôt)

- **Attention : adhésion à l'année civile**, pour une première adhésion, calculer la cotisation au prorata des mois restants.
- L'adhésion au SNUDI-FO comprend une **assistance juridique professionnelle**.
- Le montant de la cotisation comprend **l'adhésion à l'AFOC**, 2ème association de consommateurs française.

Echelons	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PE classe normale :	90 €	120 €	126 €	138 €	144 €	150 €	162 €	174 €	186 €	198 €	210 €
Soit par mois :	7,5 €	10 €	10,5€	11,5€	12 €	12,5€	13,5€	14,5€	15,5€	16,5€	17,5€
PE hors classe :	180 €	198 €	210 €	222 €	240 €	252 €					
Soit par mois :	15 €	16,5€	17,5€	18,5€	20 €	21 €					
PE classe exceptionnelle :	222 €	240 €	252 €	270 €	288 €	Instituteur :			144 €	150 €	168 €
Soit par mois :	18,5€	20 €	21 €	22,5€	24 €				12 €	12,5€	14 €
Enseignant contractuel :	90 € (7,5 €/mois)					PES : 90€ (7,5 €/mois)			Retraite : 96€ (8 €/mois)		
AVS, EVS, CUI, CAE, AESH :	48 € (4 €/mois)					Congé parental, disponibilité : 36 € (3€/mois) (nous contacter)					

Le montant de ma cotisation s'élève à : €

Mode de règlement :

- Par **chèque(s)** à l'ordre du SNUDI-FO 31, détail :chèque(s) de €
- Par CB** (sans frais, <https://www.snudifo31.com/Syndiquez-vous>)
- Par **prélèvements** mensuels en 1 fois 4 fois ou 12 fois sans frais (joindre un **RIB**).

J'adhère au SNUDI-FO 31 le Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA											
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier 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.											
Identifiant créancier SEPA FR91ZZZ621694											
Référence unique du mandat		CREANCIER Snudi Force Ouvrière 93, bd de Suisse 31200 Toulouse									
Débiteur Nom, Prénom : Adresse : Code postal : Ville :											
IBAN											
BIC											
Le : A : Signature :											

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNUDI FO 31. 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 : snudi.fo31@gmail.com