

Nouvelle adhésion JUILLET 2024

Pour les camarades non syndiqués en 2023

17 quai de la Monnaie 33080 Bordeaux Cedex—tel : 05 57 95 07 61
Courriel : snudifo33@yahoo.fr - Site internet : https://www.snudifo33.fr/

Chaque adhérent bénéficie d'un crédit d'impôt de 66 % du montant de sa cotisation : attestation fiscale envoyée avec la carte d'adhésion.

La cotisation SNUDI FO 33 fonctionne à l'année civile et l'engagement est pour l'année entière jusqu'au 31/12/2024.

Les syndiqués FO sont membres de droit de l'AFOC, association de consommateurs Force Ouvrière.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Snudi Fo 33 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 par mail : snudifo33@yahoo.fr

Nom d'usage : _____ Prénom : _____
 Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : _____
 Adresse postale _____ CP : _____ Ville _____
 E-mail personnel (*pas académique*): _____ @ _____ Tel : _____

Fonction							PE : grade	AESH : type de contrat
<input type="checkbox"/> AESH	<input type="checkbox"/> Adjoint maternelle	<input type="checkbox"/> ZIL	<input type="checkbox"/> ULIS	<input type="checkbox"/> PSY EN	<input type="checkbox"/> Contractuel alternant	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> classe normale	<input type="checkbox"/> CDD
<input type="checkbox"/> Directeur	<input type="checkbox"/> Adjoint élémentaire	<input type="checkbox"/> BD	<input type="checkbox"/> SEGPA	<input type="checkbox"/> CPC	<input type="checkbox"/> Contractuel enseignant	<input type="checkbox"/> Disponibilité	<input type="checkbox"/> hors classe	<input type="checkbox"/> CDI
<input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Adjoint cl. dédoublées	<input type="checkbox"/> TRS	<input type="checkbox"/> IME/ITEP	<input type="checkbox"/> RASED	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Congé parental	<input type="checkbox"/> classe exceptionnelle	Depuis le :

Echelon (PE)/Niveau (AESH): depuis le:..... Quotité de service (temps partiel)..... % (*cotisations à calculer au prorata*)

Nom, adresse de l'établissement d'exercice :

Echelons /niveau		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
AESH /an			30 €				32.5 €				35 €	
Base 66% /mois			6 €				6.5 €				7 €	
Contractuels /an			55 €				60 €				70 €	
/mois			11 €				12 €				14 €	
PE Cl. normale /an		77.5 €	82.5 €	85 €	90 €	95 €	100 €	105 €	110 €	120 €	130 €	
/mois		15.5 €	16.5 €	17 €	18 €	19 €	20 €	21 €	22 €	24 €	26 €	
PE Hors classe /an			130 €	132,5 €	137,5 €	140 €	142,5 €	145 €	Pour tous les adhérents : 66% du montant de la cotisation déductible des impôts 2024			
/mois			26 €	26.5 €	27, 5 €	28 €	28.5 €	29 €				
PE Cl. Except. /an		145 €	147.5 €	150 €	152.5 €	155 €	157.5 €	160 €	<i>Disponibilité, Congé Parental, etc</i>			
/mois		29 €	29.5 €	30 €	30.5 €	31 €	31.5 €	32 €				
Retraités /an		Pension jusqu'à 1500€		Pension de 1500€ à 2000€			Pension + de 2000 €					
/mois		105 €		125 €			150 €			45 €		
		21 €		25 €			30 €			9 €		

Le montant de ma cotisation s'élève à : _____ €

Je règle ma cotisation avec _____ chèques à l'ordre du **SNUDI FO 33**. Je peux faire autant de chèques qu'il reste de mois pour finir l'année civile. Je note les mois d'encaissement souhaités au dos.

Je règle ma cotisation par prélèvements automatiques. Ma cotisation sera divisée en 5 prélèvements (d'Août à décembre). Je n'oublie pas de remplir le mandat ci-dessous et de joindre un RIB.

LES ENCAISSEMENTS DES CHEQUES ET LES PRELEVEMENTS ONT LIEU LE 1^{er} JEUDI DE CHAQUE MOIS.

Mandat de prélèvement SEPA	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SNUDI FO 33 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SNUDI FO 33	SNUDI FO FO
<p>Référence unique du mandat : _____</p> <p>Débiteur : Votre Nom _____ Votre Adresse _____ Code postal _____ Ville _____ Pays _____</p> <p>IBAN _____ BIC _____ A : _____</p> <p>Signature : _____</p>	<p>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.</p> <p>Identifiant créancier SEPA : FR40ZZZ008408</p> <p>Créancier : Nom SNUDI FO 33 Adresse 17 quai de la monnaie Code postal 33080 Ville BORDEAUX CEDEX Pays France</p> <p>Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel</p> <p>Le : _____</p> <p>Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p>	<p>SNUDI FO FO</p>

Veillez compléter tous les champs du mandat.