

BULLETIN D'ADHÉSION OU DE RENOUVELLEMENT DE COTISATION CARTE 2025



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 150 € après impôt 50 €

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

échelon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Professeur des écoles adjoint	123	123	144	150	162	168	174	186	198	210	228
après impôt	41	41	48	50	54	56	58	62	66	70	76

<p>Majoration de cotisation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hors classe : 21 € - directeur jusqu'à 9 classes : 15 € - directeur 10 classes et plus 21 € - Enseignant spécialisé : 15 € - Classe exceptionnelle : 24 € 	<p>Avec votre adhésion vous recevrez :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 :/...../ 2025 (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 BP 50423 73004 CHAMBERY CEDEX
Adresse	
Code postal Ville	

IBAN <input type="text"/>
BIC _____

Date / / 2025

Signature de l'adhérent