



NOM Prénom
 Nom patronymique Date de naissance/...../.....
 Adresse
 Complément d'adresse, bâtiment, appartement
 CP Ville
 Tél Mail
 Etablissement Ville
 Grade : classe normale hors classe classe exceptionnelle Échelon : et année de passage
 Temps partiel : % (**cotisation au prorata**)
 Fonction : Adjoint Directeur AESH TR TS PES PsyEN Contractuel Retraité
 Autre, situation ou fonction particulière à préciser :

Adhésion à l'année civile : pour une première adhésion, la cotisation se calcule au prorata des mois restants.

Le « Crédit d'impôts » rembourse 66% de la cotisation au contribuable, même non imposable sur le revenu.

Ligne 1 : barème annuel **en gras** puis (*coût annuel réel*) après crédit d'impôts - **Ligne 2 :** prélèvement mensuel

Échelon	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PE, PsyEN Classe normale	132€ (45€) 11€/mois	138€ (47€) 11,5€/mois	144€ (49€) 12€/mois	150€ (51€) 12,5€/mois	156€ (53€) 13€/mois	162€ (55€) 13,5€/mois	174€ (59€) 14,5€/mois	186€ (63€) 15,5€/mois	198€ (67€) 16,5€/mois	216€ (73€) 18€/mois
Hors Classe	198€ (67€) 16,5€/mois	216€ (73€) 18€/mois	234€ (80€) 19,5€/mois	246€ (84€) 20,5€/mois	258€ (88€) 21,5€/mois	264€ (90€) 22€/mois				
Classe ex.	240€ (82€) 20€/mois	252€ (86€) 21€/mois	282€ (96€) 23,5€/mois	300€ (102€) 25€/mois	312€ (106€) 26€/mois	330€ (112€) 27,5€/mois				
AESH quotité < 100% quotité = 100%	36€ (12€) 3€/mois 54€ (18€) 4,5€/mois	Stagiaire alternant Temps plein	96€ (33€) 8€/mois 102€ (35€) 8,5€/mois	Contractuel Congé parental Disponibilité	90€ (31€) 7,5€/mois 36€ (12€) 3€/mois	Retraité < 1700€ > 1700€	96€ (33€) 8€/mois 102€ (35€) 8,5€/mois			

Ma cotisation s'élève à : €. Elle permet de solliciter **l'assistance juridique professionnelle, la caisse de grève et comprend l'adhésion à l'AFOC** (Association FO des Consommateurs).

Mode de règlement :

- Par **prélèvements** (sans frais) : en 1 fois 4 fois mensuel (joindre un **RIB** et remplir le mandat)
- Par **CB** (sans frais) : <https://www.snudifo31.com/Syndiquez-vous>
- Par **virement bancaire** : IBAN : FR05 2004 1010 1610 9314 1N03 759 BIC : PSSTFRPPTOU
- Par **chèque(s)** à l'ordre du SNUDI-FO 31, détail : chèque(s) de €

Date :

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.	
CREANCIER : SNUDI Force Ouvrière 31, 93 bd de Suisse 31200 Toulouse	Identifiant créancier SEPA FR91ZZZ621694
Débiteur : NOM, Prénom	
Adresse	
Code postal	Ville
Le/...../.....	A Signature
Ne pas oublier de joindre un RIB	