|  |  |
| --- | --- |
| **entête snudi fo 29 mail corrigé (2).jpg** | **ADHESION AU SNUDI- FORCE OUVRIERE !** |

Nom : …………………………………………………………… Prénom…………………………………………………………………..

Adresse personnelle : ……………………………………………………………………………………………………………………….…………….

Téléphone(s)  : …………………………………………………….. E-mail : ……………………………………………………………………………………………………

Ecole de rattachement : …………………………………………………………………………………………………………………. poste : ………………………………

Echelon actuel : ……………………… Corps (PE, HAC)…………………………………………………Quotité de service : …………………………

Le montant de ma cotisation : …………………………………..Date : ………………………………………. Signature :

Comment régler ?

* Soit par chèque : 1 à 10 chèques datés de janvier 2018 à l’ordre du SNUDI FO 29que vous envoyez en même temps, et qui seront encaissés tous les mois à partir de janvier
* Soit par prélèvements automatiques qui se feront début février, début mai, début août et début novembre.

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

* L’Union Départementale FO du Finistère a mis au point un service de prélèvement automatique.
* Ce mode de paiement peut être interrompu à tout moment. L’UD FO s’engage à rembourser tout prélèvement effectué après dénonciation de l’adhérent. Le Bureau de l’UD

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**  **En signant ce formulaire de mandat, j’autorise l’UD FO à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l’UD FO.**  **Je bénéficie du droit d’être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j’ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.**  **Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.**  **Type de paiement : Récurrent, tous les trimestres. Un échéancier me sera adressé une fois par an, par l’UD FO.** | | |  | **Référence unique du Mandat : ………………………………….**  **La référence unique du mandat me sera confirmée avant le 1er prélèvement. Le délai de pré-notification pourra être inférieur à 14 jours calendaires pour une adhésion en cours de trimestre. La signature du mandat vaut acceptation par le débiteur de ce délai.**  **N° I.C.S. Identifiant Créancier SEPA FR80ZZZ423527** |
| **NOM, PRENOM, ET ADRESSE DU DÉBITEUR :** |  | **NOM DU CREANCIER :** | | | |
|  |  | U.D. FORCE OUVRIÈRE **5 rue de l’Observatoire**  **29200 BREST** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPTE A DÉBITER :**  **Numéro d’identification international du compte bancaire-IBAN** |  |  |
| **/\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/**  **Code international d’identification de votre banque-BIC**  **/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| A : ................................ Le : **/\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ SIGNATURE (obligatoire) :** | **Merci de nous renvoyer cet imprimé en y joignant OBLIGATOIREMENT un relevé d’identité bancaire (RIB).** |

**Cotisations syndicales pour l’année 2018 :**

**Rappel**: **Chaque cotisation syndicale ouvre droit à un crédit d’impôts égal à 66.66% du montant de la cotisation.**

Professeurs des écoles classe normale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Echelons** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| Adjoint, Spéc ASH, IMF | **112** | **120** | **126** | **133** | **138** | **148** | **156** | **165** | **177** | **191** | **202** |
| Directeur | **122** | **133** | **138** | **144** | **150** | **157** | **167** | **177** | **187** | **201** | **214** |
| Instituteur | **150€** | | | | | | | | | | |

Professeurs des écoles hors classe

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Echelons** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| Adjoint, Spéc. ASH, IMF | **156** | **173** | **185** | **197** | **212** | **225** | **238** |
| Directeur | **167** | **185** | **197** | **208** | **222** | **236** | **251** |

**Temps partiel** : au prorata

**Retraité(e)** : 105€

**En dispo/ étudiant(e) / stagiaire** : 35€

Pour les AVS (80 ou 48€) , se renseigner auprès de l’Union départementale de BREST : [aurelie.udfo29@gmail.com](mailto:aurelie.udfo29@gmail.com)