

RETRAITE	AESH	MASTER 1 et 2	Dispo/congé parental	PE stagiaire	CONTRACTUEL
95€ 32,30€	35€ 11,7€	35€ 11,7€€	35€ 11,7€	45€ 15,3€	45€ 15,3€

ECHOLON	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
INSTIT									155€ 51€	165€ 52,7€	170€ 56,10€
P.E.		137€ 46,5€	139€ 47,26€	143€ 48,62€	149€ 51€	156€ 53,04€	166€ 56,44€	177€ 60,18€	187€ 63,58	207€ 70,38€	221€ 75,44€
P.E. Hors Classe		207€ 70,38€	222€ 75,48€	240€ 81,6€	257€ 87,38€	273€ 92,82€	279€ 94,86€				
P.E Classe Exceptionnelle	232€ 78,88€	246€ 83,64€	259€ 88,06€	277€ 94,18€	296€ 100,64€	308€ 104,72€	323€ 110,08€				

**66% de la cotisation syndicale sont déductibles de votre impôt.** Les salariés non-imposables auront un remboursement des Finances Publiques d'un montant égal à 66% de la cotisation syndicale. Vous trouverez dans ce tableau, en dessous des montants des cotisations, le montant réel d'une cotisation après la déduction des impôts.

**Nouvelle adhésion**  **Renouvellement de cotisation**

Nom :  Prénom :  Date de naissance :

Adresse personnelle:

Code postal :  Ville :  Tél portable :

Email :

Corps :  contractuel  Instit  PE  Psy **Grade :**  Cl. Norm.  Hors Cl.  Cl. Excep. **Echelon :**

Fonction :  Adj  Dir  Rempl.  TRS  RASED  SEGPA  ULIS  UPEZA  PEMF  MASTER 1  MASTER 2  Contractuel  AESH  Congé parental/Disponibilité  Retraité

Autre :

Affectation à titre :  Définitif  Provisoire **Si travail à temps partiel, quotité travaillée**  % \*

Etablissement :  maternelle  élémentaire  collège ou lycée  établissement spécialisé

Nom de l'établissement  ville:

**\*Temps partiels :** Le montant de la cotisation est au prorata du temps travaillé. Exemple : Vous êtes à l'échelon 9 et travaillez à 75%.  
Calcul cotisation 182€ X 0.75 = 136,5€ après déduction d'impôt cela reviendra à 46€41 l'année.

J'adhère au SNUDI-FO 64 et je règle la somme de  €

- par chèque ( plusieurs versements possibles inscrire le mois d'encaissement souhaité au dos de chaque chèque)  
 par des prélèvements automatiques trimestriels. Les prélèvements ont lieu chaque début des mois de janvier, avril, juillet et octobre.  
 par virement(s) automatique(s) indiquer le montant(s) et date(s) des virements

**AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE**

Complétez, signez, joignez un RIB et retournez l'autorisation ci-dessous  
 par mél à [snudifo64@gmail.com](mailto:snudifo64@gmail.com) ou par courrier à SNUDI-FO 64 union départementale FO,  
 centre municipal de réunions 10 rue Sainte Ursule 64100 Bayonne  
 J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier les prélèvements ordonnés par le SNUDI-FO 64 en règlement de la cotisation syndicale  
 correspondant à ma situation professionnelle ( corps, grade, fonction, quotité de travail)

**N°  
National  
d'émetteur  
414977**

N° de compte crédit coopératif du SNUDI-FO 64 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 1 | 3 | 7 | 3 | 8 | 9 | 6 | 3 |

Titulaire du compte à débiter :  Madame  Monsieur

Nom et prénom

NOM et adresse de la banque à débiter (joindre un RIB)

Compte à débiter

Etablissement

guichet

N° du compte à débiter

clé RIB

Date:

Signature: