



SNUDI FORCE OUVRIÈRE

SYNDICAT FORCE OUVRIÈRE DES DIRECTEURS, INSTITUTEURS,
PROFESSEURS DES ECOLES, PSYEN ET AESH DE MOSELLE



<https://snudifo57.com>



snudifo57@gmail.com



1 rue de la paix - 57200 Sarreguemines



@SnudiF057



SNUDI FO57



Snudi FO Moselle



06.61.72.16.86

<input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> AESH, EPR <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> EFS, listes complémentaires <input type="checkbox"/> Contractuels, Disponibilités <input type="checkbox"/>										
OPTION "Loisirs et culture" <input type="checkbox"/> <i>Aperçu de l'offre Advango : https://www.advango.fr/billetterie-cse</i>										

VOS COORDONNEES											
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame NOM <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Y NOM de NAISSANCE : <input type="checkbox"/> XY <input type="checkbox"/> XX Prénom <input type="checkbox"/> W Date de naissance <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> XX	Adresse <input type="checkbox"/> XY <input type="checkbox"/> Y E-mail <input type="checkbox"/> XXXXX Tél mobile <input type="checkbox"/> XX <input type="checkbox"/> XX <input type="checkbox"/> XX <input type="checkbox"/> XX										
SITUATION ADMINISTRATIVE											
Etablissement(s) Nom(s) et Ville (s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
Grade (pour les PE) : <input type="checkbox"/> Classe normale <input type="checkbox"/> Hors classe <input type="checkbox"/> Classe exceptionnelle <input type="checkbox"/> PsyEN											
Poste occupé : <input type="checkbox"/> Adjoint <input type="checkbox"/> ZIL/TMBD <input type="checkbox"/> RASED <input type="checkbox"/> ULIS <input type="checkbox"/> SEGPA <input type="checkbox"/> UPE2A <input type="checkbox"/> Directeur (nombre de classes : <input type="text"/>)											
Condition <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel : <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Congé parental <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Autre											
Ancienneté générale de Service <input type="checkbox"/>	Echelon <input type="checkbox"/> Depuis le <input type="checkbox"/>										
MON ADHESION											
Par chèque : Le paiement de la cotisation peut être fractionné (jusqu'à 4 chèques). Les chèques sont à compléter à l'ordre du SNUDI FO 57.											
Par virement : nos coordonnées bancaires (IBAN : FR76 1470 7000 0531 6216 3741 708 BIC : CCBFPPMTZ)											
Par prélèvement automatique : <input type="checkbox"/> (remplir le mandat de prélèvement au dos et joindre un RIB)											
Par paiement en ligne (annuel) : https://snudifo57.com/adhesion/											
Les adhérents 2023 versent une cotisation 2024 pleine. Les nouveaux adhérents versent une cotisation au prorata du nombre de mois 2024 restants à la date de leur adhésion. Enseignants à temps partiel : quotité travaillée X montant dû.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Je calcule ma cotisation 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Montant de la cotisation 2024</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Majoration direction</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Option « Loisirs et culture</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>TOTAL à régler</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Je calcule ma cotisation 2024		Montant de la cotisation 2024	<input type="text"/>	Majoration direction	<input type="text"/>	Option « Loisirs et culture	<input type="text"/>	TOTAL à régler	<input type="text"/>
Je calcule ma cotisation 2024											
Montant de la cotisation 2024	<input type="text"/>										
Majoration direction	<input type="text"/>										
Option « Loisirs et culture	<input type="text"/>										
TOTAL à régler	<input type="text"/>										
Je souhaite faire partie du groupe WhatsApp des adhérents du SNUDI FO 57 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Fait : Le :										
Signature :											

Règlement par prélèvement bancaire, avec tacite reconduction.
Complétez le mandat de prélèvement ci-dessous et envoyez-le au syndicat par courrier ou e-mail
(snudifo57.tresorier@gmail.com), accompagné d'un RIB.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

NOM :

PRENOM :

- J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier le montant des avis de prélèvement établis à mon nom, qui seront présentés par l'organisme ci-dessous mentionné.
- J'autorise le SNUDI FO 57 à modifier le montant de mes prélèvements à chaque reconduction tacite, en fonction de l'évolution de ma situation syndicale et administrative (changement de grade et d'échelon, direction, temps partiel, option « Loisirs et culture »)

Prélèvement en 1 fois, au 1^{er} du mois de

(Avec reconduction tacite d'un prélèvement, au 1^{er} du mois de Janvier de l'année suivante)

Prélèvements en 4 fois :

- Au mois de
- Au mois de
- Au mois de
- Au mois de

(Avec reconduction tacite de quatres prélèvements, au 1^{er} des mois de Janvier, Avril, Juillet et Octobre de l'année suivante)

Prélèvements mensuels

(Avec reconduction tacite de douze prélèvements, du 1^{er} Janvier au 1^{er} Décembre de l'année suivante)

Mandat de Prélèvement SEPA CORE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat SNUDI FO 57 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUDI FO 57. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,
- dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé

Référence Unique Mandat (RUM)

(réservé au SNUDI FO 57)

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au SNUDI FO 57

Débiteur

Nom, prénom(*) :

Adresse (*) :

Identifiant Créancier SEPA : FR33ZZZ896AF0

Nom : **SNUDI FO 57**

Adresse : **1 Rue de la Paix**

Code postal : **57200**

Ville : **Sarreguemines** Pays : **FRANCE**

IBAN (*) :

BIC (*) :

Fait à (*) :

le (*) :

Signature (*) :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78- 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.