



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



@SnudiFO57



SNUDI FO57



Snudi FO Moselle



06.61.72.16.86

COTISATIONS SYNDICALES 2026

- 66% du montant de la cotisation syndicale est un crédit d'impôts
- Adhésion automatiquement à l'AFOC (Association Force Ouvrière Consommateurs)
- Accès gratuit à la plateforme MyStoreFO.fr (accéder à de multiples avantages tels que des produits de consommation, des offres de voyages, les bonnes adresses des adhérents, des bonnes affaires, une billetterie)

PROFESSEURS DES ÉCOLES

Échelons	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e	11 ^e
CLASSE NORMALE		151	160	166	172	178	193	208	220	235	253
HORS CLASSE			250	268	286	301					
CLASSE EXCEPTIONNELLE	259	274	289	310	334	346	364				

Enseignants à temps partiel : quotité travaillée X montant dû

☐ Retraités : 101€

☐ AESH, EPR : 49€

☐ Master : 41 €

☐ EFS, listes
complémentaires : 61€

☐ Contractuels,
Disponibilités : 51€

VOS COORDONNEES

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame NOM D'USAGE : NOM de NAISSANCE : Prénom : Date de naissance : / /	Adresse : E-mail : Tél mobile : / / /
---	---

SITUATION ADMINISTRATIVE

Etablissement(s) :

Grade (pour les PE) : ☐ Classe normale ☐ Hors classe ☐ Classe exceptionnelle ☐ PsyEN

Poste occupé : ☐ Adjoint ☐ ZIL/TMBD/TRS ☐ Directeur (nombre de classes :) Autre :

Condition d'exercice : ☐ Temps complet ☐ Temps partiel : % ☐ Congé parental ☐ Disponibilité ☐ Autre

Ancienneté Générale de Service :ans moisjours au Echelon : Depuis le Dernière promotion le

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 : CCBPFRPPMTZ)

Par prélèvement automatique : avec tacite reconduction pour l'année suivante (remplir le mandat de prélèvement et joindre un RIB)

<ul style="list-style-type: none"> • Les adhérents 2025 versent une cotisation 2026 pleine. • Les nouveaux adhérents (PE, AESH, EFS, etc.) versent une cotisation au prorata du nombre de mois 2026 restants à la date de leur adhésion. • Enseignants à temps partiel : quotité travaillée X montant dû. 	Je calcule ma cotisation	
	Montant de la cotisation	€
		€
	TOTAL à régler	€

Je souhaite rejoindre le groupe WhatsApp des adhérents du SNUDI FO 57

Fait :

Signature :

☐ OUI ☐ NON

Le :

BULLETIN DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE SUR INTERNET : <https://snudifo57.com/adhesion/>

Règlement par prélèvement bancaire, format papier.

Complétez le mandat de prélèvement et envoyez-le au syndicat par courrier ou e-mail, 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 3 fois :

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

(Avec reconduction tacite de trois prélèvements, au 1^{er} des mois de Janvier, Mai et Septembre 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.