

NOM .....Prénom .....  
Nom patronymique ..... Date de naissance ...../...../.....  
Adresse ..... Bât, appt .....  
CP ..... Ville .....  
Tél ..... Mail .....  
Établissement ..... Ville .....

Échelon : ..... Grade :  classe normale  hors classe  classe exceptionnelle  
Temps partiel : ..... % (cotisation au prorata)

Fonction :  EDA  EDO  Retraite  Autre : .....

**En gras, montant total ; souligné, montant mensuel ; en italique, montant arrondi après déduction fiscale.**

Echelons	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>PSYEN classe normale</b>	<b>90 €</b> <u>7,50 €</u> 31€	<b>120 €</b> <u>10 €</u> 41€	126 € <u>10,50 €</u> 43€	<b>138 €</b> <u>11,50 €</u> 47€	<b>144 €</b> <u>12 €</u> 49€	<b>150 €</b> <u>12,50 €</u> 51€	<b>162 €</b> <u>13,50 €</u> 55€	<b>174 €</b> <u>14,50 €</u> 59€	<b>186 €</b> <u>15,50 €</u> 63€	<b>198 €</b> <u>16,50 €</u> 67€	<b>210 €</b> <u>17,50 €</u> 71€
<b>PSYEN hors classe</b>	<b>180 €</b> <u>15 €</u> 61€	<b>198 €</b> <u>16,50 €</u> 67€	<b>210 €</b> <u>17,50 €</u> 71€	<b>222 €</b> <u>18,50 €</u> 75€	<b>240 €</b> <u>20 €</u> 82€	<b>252 €</b> <u>21 €</u> 86€	<b>En adhérant à FO, je bénéficie d'une assistance juridique professionnelle, et j'adhère à l'Association FO des Consommateurs (AFOC).</b>				
<b>PSYEN classe exceptionnelle</b>	<b>222 €</b> <u>18,50 €</u> 75€	<b>240 €</b> <u>20 €</u> 82€	<b>252 €</b> <u>21 €</u> 86€	<b>270 €</b> <u>22,50 €</u> 92€	<b>288 €</b> <u>24 €</u> 98€						
<b>PSYEN Stagiaire ou contractuel</b>	<b>90 € / an</b>		<u>7,50 € / mois</u>		<i>31 € après déduction fiscale</i>						
<b>Retraité</b>	<b>96 €</b>		<u>8 €</u>		33€						
<b>AESH – M2 alternant</b>	<b>26 €</b>		<u>2,16 €</u>		8,84 €						
<b>Congé parental, disponibilité</b>	<b>36 €</b>		<u>3 €</u>		12 €						

Ma cotisation s'élève à : ..... €

**Mode de règlement :**

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

Date : ..... Signature :

<b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>											
<small>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.</small>											
Identifiant créancier SEPA FR91ZZZ621694											
Référence unique du mandat			CREANCIER : SNUDI Force Ouvrière 31, 93 bd de Suisse 31200 Toulouse								
<b>Débitteur</b> : NOM, Prénom .....											
Adresse .....											
Code postal .....			Ville .....								
IBAN											
BIC			Paiement :			Récurrent			Ponctuel		
Le ...../...../..... A ..... Signature											