

SNUDI-FO 40 - Année civile 2026 - A.E.S.H

ACCOMPAGNANT D'ÉLÈVES EN SITUATION DE HANDICAP

Cotisation annuelle 2026 :

45 €

(4,50 € par mois si prélèvement
bancaire sur 10 mois)

LES COTISATIONS SYNDICALES SONT DÉDUCTIBLES DES IMPÔTS !!!

66% de la cotisation sont *déductibles des impôts*, soit 29€ ! ou *si tu es non imposable, droit au crédit d'impôt* (réception d'un chèque des Finances Publiques d'un montant de 28€). Le coût réel de la cotisation annuelle est donc de 16€ !

Compris dans la cotisation : Services de l'Association FO des consommateurs (AFOC) si litiges
+ Protection juridique professionnelle

Bulletin d'Adhésion au SNUDI-FO 40 - Année 2026

à retourner à :

SNUDI-FO des LANDES

Maison des syndicats – BP 217 – 40004 Mont de Marsan cedex

☎ 06 84 73 93 43 / 05 58 46 23 23 Mail : snudifo40@gmail.com

NOM / Prénom :

Date de Naissance :/...../..... **Mail :**@.....

Adresse personnelle :

☎ **Fixe :**

☎ **Portable :**

Établissement (s) (nom et ville) :

PIAL n°:

Fonction AESH : ☐ AESH Individuel ☐ AESH mutualisé ☐ AESH collective (ULIS)

Date :/...../.....

Signature :

Choix du Règlement de la Cotisation 2026 :

☐ **Paiement par chèque(s)** à l'ordre du **SNUDI-FO 40** Nombres de chèques :

Tout syndiqué peut fractionner le paiement de sa cotisation et faire plusieurs chèques (autant que de mois restants dans l'année civile)

☐ **Paiement par prélèvement automatique SEPA mensuel** Compléter et signer l'adhésion au **Mandat SEPA** ci-dessous + Joindre un relevé d'identité bancaire (**RIB**) récent (prélèvements fractionnés sur 10 mois, soit 4,50€ par mois de février à novembre, ou répartis sur les mois restants dans l'année civile selon la date de l'adhésion)

ADHÉSION AU MANDAT PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire mandat vous autorisez (A) le SNUDI-FO40 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) la banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUDI-FO40. 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.

Créancier :

NOM : SNUDI-FO 40 **IDENTIFIANT :** 60428831
ADRESSE : Maison des Syndicats – 97 Place Caserne Bosquet –
BP217 – 40000 – Mont-de-Marsan – France
TYPE PAIEMENT : Récurrent / Répétitif

Débiteur :

NOM

Prénom :

1) J'autorise le SNUDI-FO 40 à prélever le montant de ma cotisation syndicale annuelle par mandat SEPA. (**JOINDRE UN RIB**)

2) Je choisis la date de mon prélèvement mensuel :

☐ le 5 ☐ le 15

Le

Signature :