



SYNDICAT FORCE OUVRIÈRE – SIAAP

Formulaire d'adhésion

DATE D'ADHESION : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

PORTABLE: _____

MAIL : _____

AFFECTATION : _____

FONCTION / CLASSIFICATION: _____

GRADE : _____

COCHER VOTRE COTISATION ANNUELLE *:

- Catégorie C
- Catégorie B
- Catégorie A

TABLEAU N°1 : TARIFS DE COTISATION ANNUELLE			
CATEGORIES	C	B	A
Hors déduction d'impôts	132€	144 €	164 €
Après déduction d'impôts (66%)	45€	49 €	56 €

* Le montant pour l'année est fonction de la catégorie et du mois d'adhésion. Pour connaître le montant de votre cotisation pour les adhésions en cours d'année, consulter le tableau n°2 situé au dos de la page.

L'adhésion annuelle (année civile) est automatiquement reconduite chaque année au 1^{er} janvier, merci de signaler toute modification.

COCHER LE TYPE DE PAIEMENT :

- Chèque annuel d'un montant de _____ n° du chèque : _____
- Prélèvements automatiques trimestriels* d'un montant initial de _____

*Fournir un RIB et signer l'autorisation de prélèvement jointe au verso, qui aura lieu le 1^{er} du 2^{ème} mois de chaque trimestre.

SIGNATURES :

L'Adhérent(e) :

Le Secrétaire :

La Trésorière :

TABLEAU N°2 : TARIFS DE COTISATION EN COURS D'ANNEE*

**Hors déduction d'impôts incluant 1 carte + le nombre de timbres en fonction du mois*

CATEGORIES	C	B	A
JANVIER	132 €	144 €	164 €
FÉVRIER	121 €	133 €	153 €
MARS	112 €	124 €	144 €
AVRIL	103 €	115 €	135 €
MAI	95 €	107 €	127 €
JUIN	86 €	98 €	118 €
JUILLET	77 €	89 €	109 €
AOÛT	68 €	80 €	100 €
SEPTEMBRE	59 €	71 €	91 €
OCTOBRE	50 €	62 €	82 €
NOVEMBRE	42 €	54 €	74 €
DÉCEMBRE	33 €	45 €	65 €

Mandat de prélèvement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Force Ouvrière SIAAP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Force Ouvrière SIAAP.

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.

Identifiant créancier :
Créancier :
Force Ouvrière SIAAP
2 bis rue square Georges Lesage
75012 Paris

Débiteur :
 Votre Nom _____
 Votre Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Pays _____

IBAN

BIC

A : _____

Signature :

Paiement : Récurrent/Répétitif

Le :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.