



SNUDI FO 63

38 rue RAYNAUD
63 000 CLERMONT FERRAND
@ : fo.snudi63@gmail.com

Marie-Laure SCHELING : 06.30.04.28.85
Hager AHMED : 07.66.15.66.72
Cécile RABY : 06.73.76.35.02
Nicolas DUQUERROY : 06.88.75.67.15

AESH

ADHESION 2026 : 62 euros (coût réel : 21,08 €, après crédit d'impôt)

NOM :

Prénom :

Adresse personnelle :

Téléphone :

Mail :

Ecole(s) d'exercice :

Renouvellement ☐

Nouvelle adhésion ☐

Date :

Signature :

Par le paiement de la cotisation, vous adhérez à un syndicat national (**SNUDI FO**) et à une fédération nationale qui regroupe tous les personnels de l'enseignement (**FNEC FP-FO**).

Vous adhérez aussi à une Union Départementale FO (**UD FO-63**) qui regroupe tous les salariés du département, à une confédération, la **CGT-FO** et à une association de consommateurs, l'**AFOC**.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le syndicat SNUDI FO 63. Elles sont conservées pendant la durée de votre adhésion plus une période de 3 ans et sont destinées à la direction de la communication de FO. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant : fo.snudi63@gmail.com.

La cotisation syndicale ouvre droit à 66 % de crédit d'impôt, que vous soyez imposables ou non imposables.

ATTENTION ! Le SNUDI-FO 63 organise la collecte des cotisations à l'année civile.


Modes de paiement possibles :

- ☐ chèque(s) à l'ordre du **SNUDI FO 63** (indiquer au dos des chèques les mois souhaités pour l'encaissement)
- ☐ **Virement : uniquement en 1 fois (RIB ci-contre)**
- ☐ **Prélèvement automatique : remplir et signer le mandat SEPA ci-contre, joindre un RIB et cocher la fréquence de prélèvement souhaitée :**

- en 1 fois ☐

- en plusieurs fois ☐

(Attention ! Le montant de la cotisation doit être payé dans son intégralité avant le 31/12/2026)

Référence Unique du Mandat FO	<h2 style="text-align: center;">MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA</h2> <p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNUDIFO63 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUDIFO63.</p> <p>Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. <p>Vos droits concernant le présent sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p>	
--	--	---

Je souhaite adhérer au SNUDIFO63.

Je remplis le mandat SEPA et **je joins un RIB.**

CRÉANCIER

Identifiant : FR45ZZZ86576E

Nom : SNUDI FO 63

Adresse : 38 Rue Raynaud, 63 000 CLERMONT-FERRAND - FRANCE

DÉBITEUR

NOM / Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

Coordonnées de votre compte (code **IBAN**) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC (Bank Identification Code) :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adresse bancaire : _____

POUR UN PRELEVEMENT RECURRENT

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature :



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	11621	00020055002	79	EUR

Domiciliation
CREDIT MUTUEL LAFAYETTE & ENSEIG


Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)
FR76 1027 8116 2100 0200 5500 279

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation

CREDIT MUTUEL LAFAYETTE & ENSEIG
59 B BOULEVARD LAFAYETTE
63000 CLERMONT FERRAND

 04 73 91 28 40

Titulaire du compte (Account Owner)

SNUDI FORCE OUVRIERE PUY DE DOME
38 RUE RAYNAUD
63000 CLERMONT FERRAND

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ