

# BULLETIN D'ADHESION

(remplir en majuscules)

Réservé au service administratif

N° SYND					IS
N° ADH					IF

Mme  M.

Nom :

Prénom :

Adresse domicile :

Code Postal :

Commune :

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Profession / fonction :

Je dépends de la Convention Collective :

Mutualité  Autre : \_\_\_\_\_

Tél. portable personnel :

Tél domicile :

Email personnel :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

Code postal :

Commune :

Tél. :

Etablissement :

Date d'entrée :

Adresse de l'établissement :

Code postal :

Commune :

Tél. :

Classification :  T1  T2  C1  C2  C3  C4  D  Autres cas

Cotisations :

Technicien

Cadre (salaire brut annuel ≤ 36 000 €)

Cadre (salaire brut annuel > 36 000 €)

Solidarité, retraités, chômeurs, autres cas (salaire brut annuel ≤ 21 000 €)

Je choisis le **PRELEVEMENT** sur mon compte  bancaire ou  postal (joindre un RIB ou RIP) :

Mensuel (le 5 de chaque mois)  Trimestriel (5 février, 5 avril, 5 juillet, 5 octobre)  Annuel (5 février)

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ **Signature :**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

**SNOM**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **SNOM**

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.



Référence unique du mandat :

**COTISATION SNOM**

Identifiant créancier SEPA :

**FR64ZZZ432933**

Débiteur :

Créancier :

**SNOM**  
**39 Rue Victor Massé**  
**75009 PARIS**

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal

Ville

Pays

**FRANCE**

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

A :

Le : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

--

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat

## TARIF DES COTISATIONS 2018

*(Déductibles de l'impôt sur le revenu à hauteur de 66% : déclaration 2042, chapitre 7, postes AC & AE)*

Catégorie	Salaire brut annuel	Montant de la cotisation			A titre indicatif : Montant de la cotisation annuelle après déduction des impôts
		Mensuelle	Trimestrielle	Annuelle	
<b>Solidarité, retraité, chômeur, autres cas</b>	Inférieur ou égal à 21 000 €	9,00 €	27,00 €	<b>108 €</b>	<u>36,72 €</u>
<b>Technicien</b>	Supérieur à 21 000 €	12,50 €	37,50 €	<b>150 €</b>	<u>51,00 €</u>
<b>Cadre</b>	Inférieur ou égal à 36 000 €	14,50 €	43,50 €	<b>174 €</b>	<u>59,16 €</u>
	Supérieur à 36 000 €	18,25 €	54,75 €	<b>219 €</b>	<u>74,46 €</u>

**Nota** : L'adhésion est reconduite par tacite reconduction, sauf retrait d'adhésion signifié par courrier. La cotisation reste due au prorata des vignettes délivrées (1 timbre = 1 trimestre), sans toutefois pouvoir excéder 6 mois (Article L2141-3 du Code du Travail).