



BULLETIN D'ADHESION

(remplir en majuscules)

Réservé au service administratif

N° SYND				IS
N° ADH				IF

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle <input type="checkbox"/> M.	Nom	Prénom
Adresse		
Code Postal	Commune	
Date de naissance	Lieu	
Profession / fonction	Je dépends de la Convention Collective : <input type="checkbox"/> Mutualité <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Tél. personnel	Portable	
Adresse mél. :	Employeur	
Adresse de l'employeur		
Code postal	Commune	Tél.
Etablissement	Date d'entrée	
Adresse de l'établissement		
Code postal	Commune	Tél.
Nombre de salariés	Nom du Délégué Syndical (le cas échéant)	
Catégorie: <input type="checkbox"/> Non cadre (salaire brut annuel ≤ 20 500 €) <input type="checkbox"/> Cadre (salaire brut annuel ≤ 34 900 €) <input type="checkbox"/> Solidarité, retraité, chômeur <input type="checkbox"/> Non cadre (salaire brut annuel > 20 500 €) <input type="checkbox"/> Cadre (salaire brut annuel > 34 900 €)		
Je choisis le PRELEVEMENT sur mon compte <input type="checkbox"/> bancaire ou <input type="checkbox"/> postal (joindre un RIB ou RIP) : <input type="checkbox"/> Mensuel (le 5 de chaque mois) <input type="checkbox"/> Trimestriel (5 février, 5 avril, 5 juillet, 5 octobre) <input type="checkbox"/> Annuel (5 février)		
A _____, le _____ Signature :		

Mandat de prélèvement SEPA 	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 : Débitéur : Votre Nom Votre Adresse Code postal Pays IBAN BIC A : Signature :	COTISATION SNOM Créancier : SNOM 39 Rue Victor Massé 75009 PARIS FRANCE Paiement : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel Le :	Identifiant créancier SEPA : FR64ZZZ432933
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 2015

(Deductibles 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
		Mensuel	Trimestriel	Annuel	
Solidarité, retraité, chômeur		9,00 €	27,00 €	108 €	36,72 €
Non cadre	Inférieur ou égal à 20 500 €	9,50 €	28,50 €	114 €	38,76 €
	Supérieur à 20 500 €	12 €	36 €	144 €	48,96 €
Cadre	Inférieur ou égal à 34 900 €	14 €	42 €	168 €	57,12 €
	Supérieur à 34 900 €	17,75 €	53,25 €	213 €	72,42 €

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**).