

BULLETIN D'ADHESION <i>(remplir en majuscules)</i>		<i>Réservé au service administratif</i>			
		N° SYND			IS
		N°ADH			IF
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom :	Prénom :			
Adresse domicile :					
Code Postal :			Commune :		
Date de naissance :			Lieu de Naissance :		
Profession / fonction :			Je dépends de la Convention Collective : <input type="checkbox"/> Mutualité <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Autres cas					
Cotisations : <input type="checkbox"/> Technicien					
<input type="checkbox"/> Cadre (salaire brut annuel ≤ 36 000 €)			<input type="checkbox"/> Cadre (salaire brut annuel > 36 000 €)		
<input type="checkbox"/> Solidarité, retraités, chômeurs, autres cas (salaire brut annuel ≤ 21 000 €)					
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		<p>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.</p> <p>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.</p>																									
Référence unique du mandat :		Identifiant créancier SEPA :		FR64ZZZ432933																							
Débiteur :		COTISATION SNOM		Créancier :																							
Votre Nom _____				SNOM																							
Votre Adresse _____				39 Rue Victor Massé																							
Code postal _____ Ville _____				75009 PARIS																							
Pays _____				FRANCE																							
IBAN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																											
BIC <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														Paie ment : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel													
A : _____		Le : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									
Signature : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				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																											

TARIF DES COTISATIONS 2021

(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			<i>A titre indicatif :</i>
		Mensuelle	Trimestrielle	Annuelle	<i>Montant de la cotisation annuelle après déduction des impôts</i>
Solidarité, retraité, chômeur, autres cas Inférieur ou égal à 21 000 €		10,25 €	30,75 €	123 €	40,60 €
Technicien	Supérieur à 21 000 €	14,50 €	43,50 €	174 €	57,42 €
Cadre	Inférieur ou égal à 36 000 €	16,50 €	49,50 €	198 €	65,34 €
	Supérieur à 36 000 €	20,50 €	61,50 €	246 €	81,18 €

Nota : L'adhésion est reconduite par tacite reconduction, sauf retrait d'adhésion signifié par courrier.
La cotisation reste due au prorata des trimestres à terme échu (**Article L2141-3 du Code du travail**).