

# BULLETIN D'ADHESION

(remplir en majuscules)

Réservé au service administratif

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 :		

 <p><b>Mandat de prélèvement SEPA</b></p>	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <b>SNOM</b> à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <b>SNOM</b></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>	
	<p>Référence unique du mandat :</p> <p><b>Débiteur : COTISATION SNOM</b></p> <p>Votre Nom _____</p> <p>Votre Adresse _____</p> <p>Code postal _____ Ville _____</p> <p>Pays _____</p> <p>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"/></p> <p>BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>A : _____</p> <p>Signature : <input type="text"/></p>	

# TARIF DES COTISATIONS 2020

**(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			<i>A titre indicatif : Montant de la cotisation annuelle après déduction des impôts</i>
		Mensuelle	Trimestrielle	Annuelle	
<b>Solidarité, retraité, chômeur, autres cas</b> Inférieur ou égal à 21 000 €		10,00 €	30,00 €	<b>120 €</b>	40,80 €
<b>Technicien</b>	Supérieur à 21 000 €	14,00 €	42,00 €	<b>168 €</b>	57,12 €
<b>Cadre</b>	Inférieur ou égal à 36 000 €	16,00 €	48,00 €	<b>192 €</b>	65,28 €
	Supérieur à 36 000 €	19,75 €	59,25 €	<b>237 €</b>	80,58 €

**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**).