



BULLETIN D'ADHESION S.N.U.P. 2020

Nom* : Nom de naissance* :
Prénom* : e mail* :
N°adeli* : Date de naissance* :
Adresse* :
Code postal* :ville* :
Tel. dom : portable* : pro :
ADRESSE DE FACTURATION SI DIFFERENTE :
Nom :
Adresse :
Code postal :ville :

* MENTION OBLIGATOIRE

JE DECLARE ADHERER AU S.N.U.P. POUR L'ANNEE 2020 et joins la copie de mon D.E. (pour une 1^{ère} adhésion)

- **Mon adhésion intègre une garantie d'Assurance Protection Juridique** souscrite par le S.N.U.P. auprès de la C.F.D.P. (Compagnie Française de Protection Juridique) pour l'ensemble de ses adhérents, qui permet aux psychomotriciens SALARIES & LIBERAUX d'être assistés par des juristes ou avocats en cas de litiges professionnels ou mises en cause dans l'exercice de leurs fonctions (Conseils, solutions amiables, ou assistance auprès des tribunaux).
- **La cotisation au S.N.U.P. est déductible des impôts** et est à inscrire dans le chapitre : « charges ouvrant droit à réduction d'impôts – cotisations syndicales » de la déclaration.

▪ **Cochez le tarif correspondant à votre situation :**

- Normal : 108€ Cotisation participative ou Association : 185€ Cotisation de soutien : 1 500€
 Chômeur ou retraité : 40€ Membre associé : 45€ (non psychomotricien, étudiant, membre d'une association adhérente au S.N.U.P sigle)

▪ **Cochez le mode de règlement choisi :**

- Chèque bancaire joint de€ à l'ordre du S.N.U.P.
 Prélèvement bancaire unique de€ à réception
 4 Prélèvements bancaires les 06/01/2020 – 06/03/2020 – 06/05/2020 – 06/07/2020, *Un montant de 0.50€ de frais bancaires s'ajoute à chaque prélèvement.*

- 4 prélèvements bancaires de 29.00€ (cotisation normale)
 4 prélèvements bancaires de 48.25€ (cotisation participative)
 2 Prélèvements bancaires de 20.80€ (cotisation chômeur ou retraité)
 10 prélèvements bancaires de 150.80€ (cotisation de soutien + frais bancaires)

Date :

Signature :

Pour les prélèvements, veuillez remplir le formulaire ci-dessous

AUTORISATION de PRELEVEMENT - Année 2020

A retourner au S.N.U.P. –joindre obligatoirement un RIB ou RIP

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, tous les paiements ordonnés par le créancier désigné ce dessous. En cas de litige, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec le créancier.

Titulaire du compte à débiter

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

Désignation du créancier

S.N.U.P. – numéro national d'émetteur : 474328
24 Bd Paul Vaillant Couturier – 94200 Ivry sur Seine

Références du compte bancaire à débiter :

IBAN [.....]

BIC [.....]

Date :

Signature obligatoire du titulaire du compte :