

## COTISATIONS ANNEE 2020

CARTE ANNUELLE :	18.90 €
TIMBRE MENSUEL :	8,51 €
TOTAL ANNUEL :	121.02 €

Pour les paiements par chèques : mettre à l'ordre de FO PPS IDF

**ATTENTION** Le montant de la carte (18,90€) doit être ajouté au montant du trimestre du début d'adhésion (Par exemple, pour un début de cotisation le 01/01/2020, le 1<sup>er</sup> prélèvement sera de 44,43€ et les 3 suivants seront de 25,50€ pour 2020 pour un montant total annuel de 120€).

<u>1<sup>er</sup> trimestre Janvier, Février, Mars + carte 2020</u>	=	<u>44,43 €</u>
<u>2<sup>ème</sup> trimestre Avril, Mai, Juin</u>	=	<u>25,53 €</u>
<u>3<sup>ème</sup> trimestre Juillet, Août, Septembre</u>	=	<u>25,53 €</u>
<u>4<sup>ème</sup> trimestre Octobre, Novembre, Décembre</u>	=	<u>25,53 €</u>

**A adresser à :**  
Syndicat **FORCE OUVRIERE**  
**Personnels de Prévention Sécurité IdF**

46, Rue des Petites écuries  
75010 Paris Ou à remettre à votre délégué/représentant

### Crédit d'impôt

Les cotisations syndicales ouvrent droit à un crédit d'impôt égal à 66% des cotisations annuelles versées, dans la limite de 1% de votre revenu brut imposable relevant de la catégorie des traitements, salaires, pensions et rentes viagères à titre gratuit. Soit pour 1 an de cotisation le crédit est de : 79,8732€ l'adhésion vous revient à 41,1468€

**RÉSISTER, REVENDIQUER, RECONQUERIR**



Personnels  
Prévention  
Sécurité  
Ile De France

**Syndicat FORCE OUVRIERE**  
**des Personnels de Prévention Sécurité d'Ile de France**

46 rue des Petites Ecuries - 75010 PARIS  
Téléphone : 06.85.12.96.83- 01.44.83.86.34 - Fax: 01.48.24.38.32

## **Avec FORCE OUVRIERE** **Revendiquons notre dû et conquérons de nouveaux droits !**

Ne rien dire et subir ! NON !

Les salariés doivent voir leur situation quotidienne s'améliorer. Cela passe par l'augmentation des salaires, la conquête de nouveaux droits et l'application de ceux existants!

En rejoignant Force Ouvrière, nombreux, ensemble, nous pourrons peser sur la politique sociale des entreprises de prévention-sécurité.

### **Rejoignez FO, Adhérez !**

---

## **BULLETIN D'ADHESION**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise \_\_\_\_\_

Site d'affectation \_\_\_\_\_

Coefficient \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

*Je tiens à informer le syndicat FO PPS IdF que je m'oppose à la communication à des tiers, sauf accord exprès de ma part, de ma qualité d'adhérent à FORCE OUVRIERE, cette adhésion relevant de ma vie personnelle.*

Date de l'adhésion \_\_\_\_\_

Signature

*(Adresser ce bulletin d'adhésion à votre délégué ou à l'adresse du Syndicat F.O. mentionné en haut du bulletin).*



# Syndicat **FORCE OUVRIERE** des **Personnels de Prévention Sécurité d'Ile de France**

46 rue des Petites Ecuries - 75010 PARIS  
Téléphone : 06.85.12.96.83- 01.44.83.86.34 - Fax: 01.48.24.38.32

## Prélèvement automatique.

Cher(e) Camarade,

Ci-dessous tu trouveras le mandat de prélèvement « SEPA ». Après l'avoir dûment rempli, daté et signé, le remettre à ton délégué FO dans l'entreprise ou à FO PPS IDF 46, rue des Petites Ecuries, 75010 PARIS **accompagné de la fiche de prélèvement.**

Reçois, Cher(e) Camarade, mes salutations syndicalistes les meilleures.

- Date du premier prélèvement le : 15 / ..... / 2020 -- **Joindre obligatoirement 1 RIB.**  
Prélèvement effectué le 15 du mois suivant le renvoi de mon bulletin de demande d'adhésion.

PRELEVEMENT TRIMESTRE :  AUTRE : .....

Montant de chaque prélèvement de la cotisation syndicale :

- o er 1 prélèvement : 44,43 €
- o -ème 2 prélèvement : 25,53€
- o -ème 3 prélèvement : 25,53€
- o -ème 4 prélèvement : 25,53€

**TOTAL ANNUEL = 121.01€**

Madame  Monsieur



Nom:.....

Prénom : .....

Entreprise : .....

**Signature :**

Pour le cas où un prélèvement serait rejeté par ta banque, en signant le présent de prélèvement, tu autorises le syndicat à représenter, dans un délai d'un mois, le montant du prélèvement rejeté majoré des frais de rejet facturés au syndicat.

<p><b>Mandat de prélèvement</b></p> 	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A). A envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte Conformément aux instructions de Syndicat Force Ouvrière des Personnels de Prévention et Sécurité d'Ile de France (FOPPSIDF)</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>Syndicat Force Ouvrière des Personnels de Prévention et Sécurité d'Ile de France (FO PPS IDF).</p>  <p>P.P.S IDF</p>
FO PPS IDF		
Référence unique du mandat :	Identifiant créancier SEPA : FR76 1027 8060 7600 0202 8120 143	
<b>Débiteur :</b>	<b>Créancier :</b>	
Votre Nom _____	FO PPS IDF	
Votre Adresse _____	46, rue des Petites Ecuries	
Code postal _____ Ville _____	75010 PARIS	
Pays _____	FRANCE	
IBAN <input type="text"/>		
BIC <input type="text"/>	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel	
A : _____	Le : <input type="text"/>	
<p><b>Signature :</b></p>		
<p>Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p> <p style="text-align: right;">Veuillez compléter tous les champs du mandat.</p>		