

Cher(e) Adhérent(e),

J'ai l'honneur de vous informer que votre cotisation 2024 à la FAFPT 30-48 arrive à son terme.

Pour 2025, en raison de la multiplication des procédures contentieuses et de leurs coûts, la volonté des membres du Conseil Départemental de la FAFPT est que chaque adhérent puisse bénéficier d'une protection juridique individuelle.

Si vous en avez déjà une, renseignez-vous afin de savoir si elle couvre le versant professionnel et les litiges avec votre employeur.

Si vous n'avez pas de protection juridique, après étude de quelques protections juridiques, nous vous conseillons par exemple La Matmut.

Pour 24 euros par an, la Matmut vous propose une protection juridique professionnelle.

L'adhésion se fait par le site internet : <https://www.matmut.fr/agents-publics/assurance-agents-publics>.

Toujours dans un souci de vous proposer une cotisation à un prix abordable, et malgré l'augmentation de tous nos frais, le Conseil Départemental a décidé de limiter le montant de la cotisation 2025 :

Cotisation individuelle :	70.00 €
Cotisation couple :	120.00 €
Cotisation retraités :	30.00 €

Il est à noter que ce montant est déductible des impôts à hauteur de 66 %.

Nouveau ! Cette année nous avons mis en place le prélèvement automatique sur 10 mois.

Je vous prie d'agréer, Cher(e) Adhérent(e), l'expression de mes sincères salutations.

Le Trésorier

Bulletin d'Adhésion 2025

Bulletin à envoyer par courriel ou voie postale

Mme / M. Prénom :

Nom :

Adresse Postale:

Code postal: Ville:

Commune d'affectation :

Grade :

Courriel:@..... Téléphone: / / / /

Je règle par:

- Virement bancaire: IBAN: FR76 1348 5008 0008 0098 2541 910
- Chèque bancaire à l'ordre de la FAFPT 30-48
- Prélèvement de 7€ sur 10 mois (individuelle)
- Prélèvement de 12€ sur 10 mois (couple)

Fait le :.....20.....

À:

Signature de l'adhérent:

Mandat de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **FAFPT 30-48**

À envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **FAFPT 30-48**.

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 :

Identifiant créancier SEPA : **FR86ZZZ89FA65**

Débiteur :

Votre Nom _____

Votre adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Pays _____

Créancier :

Votre Nom : **FAFPT 30-48**

Votre adresse : **290 Chemin de Saint Dionisy**

Code Postal **30980** Ville **LANGLADE**

Pays **FRANCE**

IBAN

BIC

Fait à : _____ Signature

Tiers débiteur : _____

Le : _____