

Chère Adhérente,
Cher Adhérent,

J'ai l'honneur de vous informer que votre cotisation 2025 à la FAFPT 30-48 arrive à son terme.

Le Conseil Départemental a décidé de garder le montant de la cotisation 2026 au même tarif que 2025 soit :

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

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

Cette année encore vous pouvez bénéficier du prélèvement automatique sur 10 mois en remplissant le formulaire au dos et en nous faisant parvenir un RIB.

Pour rappel, vous avez plusieurs possibilités de régler votre cotisation par :

- **Virement** : notre IBAN est noté au dos, règlement en 1 fois.
- **Chèque** : un ou plusieurs mais nous les envoyer tous en même temps en notant les dates au dos.
- **Prélèvement** : en 10 fois en remplissant le formulaire dédié au dos et en nous fournissant un RIB.

Je vous prie d'agréer, chère adhérente et cher adhérent, l'expression de mes sincères salutations.

Le Trésorier

« La solidarité demeure au cœur de l'engagement syndical : s'acquitter de sa cotisation, même lorsque notre situation s'est améliorée, c'est participer à une protection collective qui profite à l'ensemble des agents »

Bulletin d'Adhésion 2026

Bulletin à envoyer par courriel ou voie postale

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 : [EDI2431310RU0000025](#)

Identifiant créancier SEPA : [FR86ZZZ89FA65](#)

Débiteur :
 Votre Nom _____

Créancier :
 Votre Nom : [FAFPT 30-48](#)

Votre adresse _____

Votre adresse : [290 Chemin de Saint Dionisy](#)

Code Postal _____ Ville _____

Code Postal [30980](#) Ville [LANGLADE](#)

Pays _____

Pays [FRANCE](#)

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fait à : _____ Signature

Tiers débiteur : _____

Le : _____