

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**

En envoyant 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

Votre adresse

Code Postal Ville

Pays _____

IBAN

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

[illegible]

Tiers débiteur :

Créancier :

Votre Nom : FAFPT 30-48

Votre adresse : 290 Chemin de Saint Dionisy

Code Postal 30980 Ville LANGLADE

Pays FRANCE

Fait à : _____ Signature _____

Le : _____