



BULLETIN D'ADHESION ou DE RENOUELEMENT D'ADHESION 2024

Nom :	Tarif ETRANGER	Montant après déduction*	Tarif FRANCE	Montant après déduction*
Prénom : Administrateur de l'Etat	<input type="checkbox"/> 125 €	42,50€	<input type="checkbox"/> 68 €	23,12€
Attaché Économique, Contractuel 1 ^{ère} cat. A et 2 ^{ème} cat. A	<input type="checkbox"/> 100 €	34,00€	<input type="checkbox"/> 48 €	16,32 €
Contractuel B 12	<input type="checkbox"/> 70 €	23,80€		
Contractuel B 14	<input type="checkbox"/> 65 €	22,10€		
Fonctionnaire et Contractuel B en France			<input type="checkbox"/> 38 €	12,92€
Contractuel C1	<input type="checkbox"/> 45 €	15,30€		
Fonctionnaire C en France			<input type="checkbox"/> 23 €	7,82€
Agent de Droit Local	<input type="checkbox"/> 20 €	6,80€		
Retraité	<input type="checkbox"/> 25 €	8,50€	<input type="checkbox"/> 25 €	8,50€

***Pour information : montant réel de la cotisation après déduction (crédit d'impôt égal à 66 %).**

Je déclare par la présente m'inscrire / renouveler ma cotisation et vous adresse un chèque établi au nom du SPRIM-FO pour un montant de.....Euros.

Fait àle

Signature

Le présent bulletin et le chèque correspondant à votre cotisation sont à adresser au :
MINEFI - **SPRIM-FO** - DG Trésor - **Télédoc 627**
139, rue de Bercy - 75572 PARIS Cedex 12

Coordonnées bancaires pour paiement par virement

Titulaire du compte : SPRIM FO -- Domiciliation : BRED PARIS SAINT LAZARE			
Code Banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
10107	00108	00219012254	97
IBAN - Identifiant international de compte			Code BIC
FR76 1010	7001 0800 2190	1225 497	BREDFRPPXXX

Je ne souhaite pas renouveler ma cotisation. Merci de rayer mon nom de vos listes. Commentaires (utiliser éventuellement le verso ou une nouvelle page) :

.....
.....

Cadre réservé au secrétariat			
Payé par chèque			Reçu Fiscal
Banque	N° du chèque	Date	N°
			Date