

Je vous remercie de la confiance que vous témoignez au SYNCASS-CFDT en manifestant le souhait de le rejoindre et je vous prie de trouver ci-joint les documents nécessaires pour réaliser votre adhésion :

- une fiche d'adhésion,
- un mandat de prélèvement bancaire SEPA,
- un barème des cotisations 2025.

Afin que votre adhésion puisse être enregistrée, il est indispensable de nous retourner ces documents complétés, accompagnés d'un

relevé d'identité bancaire (RIB) du compte sur lequel seront prélevées les cotisations.

L'adhésion emporte automatiquement l'abonnement à une partie des publications CFDT.

Les cotisations sont calculées pour correspondre à 0.75% du salaire imposable (1<sup>ère</sup> ligne de la déclaration d'impôts). Toutefois, le minimum de cotisation exigé est de 13€ pour les élèves de l'EHESP et de 16€ pour les autres salariés.

Plus d'informations sur [www.syncass-cfdt.fr](http://www.syncass-cfdt.fr).

### LES COTISATIONS SONT PRÉLEVÉES CHAQUE MOIS

Le prélèvement de la cotisation se fait mensuellement, selon un arrêté de situation réalisé le mois précédent. De ce fait, le premier prélèvement mensuel ne peut être réalisé que si l'adhésion et l'autorisation de prélèvement arrivent au SYNCASS-CFDT avant le 25 du mois précédent.

- Par exemple : pour le prélèvement du 5 février, l'adhésion doit être reçue avant le 25 janvier.

### 66% DU MONTANT DES COTISATIONS VERSÉES CONSTITUE UN CRÉDIT D'IMPÔT

Il s'agit bien de l'impôt lui-même et non du revenu imposable. Le montant réel de la cotisation est donc le tiers du prélèvement effectué. Dans le cas où vous ne seriez pas imposable, vous bénéficieriez du versement d'un crédit d'impôt de 66% des cotisations de la part de l'administration fiscale, dans la limite de 1% de votre revenu imposable.



**Vous ne pouvez pas bénéficier du crédit d'impôt si vous optez pour la déclaration des frais réels.**

### L'ASSISTANCE JURIDIQUE

La CFDT offre à ses adhérents une couverture des frais engagés dans toute procédure intentée contre eux dans le cadre de leur exercice professionnel.



**La prise en charge des frais de procédure contentieuse n'est possible qu'après un an de cotisation, sans possibilité de rétro adhésion.**

Chaque année, vous pourrez obtenir un état des cotisations versées afin de vous permettre de remplir la déclaration annuelle de revenus.

Je vous prie de croire, cher(e) collègue, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

**Maxime MORIN**  
Secrétaire général

**CE BULLETIN AINSI QUE LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA EN PAGE SUIVANTE SONT DES FORMULAIRES ÉLECTRONIQUES**

Vous pouvez les remplir et les enregistrer sur votre ordinateur, puis nous les renvoyer par mail à : [contact@syncass-cfdt.fr](mailto:contact@syncass-cfdt.fr)  
ou bien les imprimer et les remplir manuellement puis nous les renvoyer à : SYNCASS-CFDT - 14 rue Vésale - 75005 Paris

**!** Ce dossier d'adhésion doit impérativement nous être retourné accompagné d'un RIB du compte bancaire à prélever.

*Merci de remplir ce formulaire en majuscules.*

**DATE D'ADHÉSION LE 1<sup>ER</sup>**

**2025**

Les prélèvements mensuels interviennent le 5 de chaque mois.

**COORDONNÉES OÙ VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR NOS INFORMATIONS ET ÊTRE CONTACTÉ(E)**

<b>Nom - Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>
<b>Adresse</b>	
<b>Code postal</b>	<b>Ville</b>
<b>Téléphone</b>	<b>Portable</b>
<b>e-mail personnel</b>	

**COORDONNÉES DE VOTRE LIEU D'EXERCICE PROFESSIONNEL**

<b>Secteur d'activité</b>	<b>Sanitaire</b>	<b>Personnes âgées</b>	<b>Handicap</b>	<b>Exclusion</b>	<b>Enfance</b>
<b>Etablissement</b>					
<b>Autre (précisez)</b>					
<b>Adresse</b>					
<b>Code postal</b>	<b>Ville</b>				

**INFORMATIONS SUR VOTRE CARRIÈRE**

<b>Grade</b>	<b>Attaché d'administration hospitalière</b>	<b>Attaché principal</b>	<b>Attaché hors classe</b>
<b>Fonction exercée</b>			
<b>Date d'entrée dans le corps</b>	<b>Date d'entrée dans le grade</b>		
<b>Échelon</b>	<b>Date échelon</b>		

Le « mandat de prélèvement SEPA\* » est le document officiel nécessaire pour effectuer des prélèvements.

**En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :**

1. la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
2. votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle.

**Toute demande de remboursement devra être présentée :**

1. Dans les 8 semaines qui suivent la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
2. Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Nom - Prénom**  
du débiteur

**Adresse**  
N° et voie

**Complément d'adresse**  
Résidence, bâtiment,...

**Téléphone**

**Code postal**

**Ville**

**Coordonnées du compte N°IBAN**  
Identification internationale du compte bancaire

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**N°BIC**  
Code international d'identification de votre banque

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**Nom du syndicat** SYNCASS-CFDT

**ICS (Identifiant créancier SEPA)** FR 88 ZZZ 25 48 94

**Adresse**  
N° et voie 14 RUE VESALE

**Code postal** 75005 **Ville** PARIS

**Type de paiement**  paiement récurrent mensuel

**Fait à** \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature obligatoire :**

(Formulaire électronique : je reconnais que le fait d'apposer mon nom ci-contre a la même valeur juridique que si j'avais apposé ma signature manuscrite au formulaire)

\* SEPA : « Single Euro Payments Area », espace unique de paiements en euros

A retourner par mail à : [contact@syncass-cfdt.fr](mailto:contact@syncass-cfdt.fr)  
 ou par envoi postal à : SYNCASS-CFDT 14 RUE VESALE 75005 PARIS

Référence unique du mandat (RUM - à remplir par le SYNCASS-CFDT) :

3 | A | 7 | 5 | 0 | 6 | K | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# BARÈME DES COTISATIONS 1/2 - 2025

Echelon	Indice Brut (IB)	Indice nouveau majoré (INM)	Cotisation	Cotisation annuelle prélevée	Montant annuel de la réduction d'impôt sur le revenu	Montant annuel de la cotisation après réduction d'impôt	Montant mensuel de la cotisation après réduction d'impôt
<b>ATTACHÉ HORS CLASSE D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE</b>							
Echelon spécial	HEA 3	977	39 €	468 €	309 €	159 €	13,26 €
	HEA 2	930	37 €	444 €	293 €	151 €	12,58 €
	HEA 1	895	35 €	420 €	277 €	143 €	11,90 €
6 <sup>ème</sup>	1027	835	33 €	396 €	261 €	135 €	11,22 €
5 <sup>ème</sup>	995	811	32 €	384 €	253 €	131 €	10,88 €
4 <sup>ème</sup>	946	773	31 €	372 €	246 €	126 €	10,54 €
3 <sup>ème</sup>	896	735	30 €	360 €	238 €	122 €	10,20 €
2 <sup>ème</sup>	850	700	29 €	348 €	230 €	118 €	9,86 €
1 <sup>er</sup>	797	660	28 €	336 €	222 €	114 €	9,52 €
<b>ATTACHÉ PRINCIPAL D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE</b>							
10 <sup>ème</sup>	1015	826	33 €	396 €	261 €	135 €	11,22 €
9 <sup>ème</sup>	995	811	32 €	384 €	253 €	131 €	10,88 €
8 <sup>ème</sup>	946	773	31 €	372 €	246 €	126 €	10,54 €
7 <sup>ème</sup>	896	735	30 €	360 €	238 €	122 €	10,20 €
6 <sup>ème</sup>	843	695	29 €	348 €	230 €	118 €	9,86 €
5 <sup>ème</sup>	791	655	27 €	324 €	214 €	110 €	9,18 €
4 <sup>ème</sup>	732	610	27 €	324 €	214 €	110 €	9,18 €
3 <sup>ème</sup>	693	580	26 €	312 €	206 €	106 €	8,84 €
2 <sup>ème</sup>	639	540	25 €	300 €	198 €	102 €	8,50 €
1 <sup>er</sup>	593	505	24 €	288 €	190 €	98 €	8,16 €

# BARÈME DES COTISATIONS 2/2 - 2025

Echelon	Indice Brut (IB)	Indice nouveau majoré (INM)	Cotisation	Cotisation annuelle prélevée	Montant annuel de la réduction d'impôt sur le revenu	Montant annuel de la cotisation après réduction d'impôt	Montant mensuel de la cotisation après réduction d'impôt
<b>ATTACHÉ D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE</b>							
11 <sup>ème</sup>	821	678	27 €	324 €	214 €	110 €	9,18 €
10 <sup>ème</sup>	778	645	26 €	312 €	206 €	106 €	8,84 €
9 <sup>ème</sup>	732	610	25 €	300 €	198 €	102 €	8,50 €
8 <sup>ème</sup>	693	580	24 €	288 €	190 €	98 €	8,16 €
7 <sup>ème</sup>	653	550	23 €	276 €	182 €	94 €	7,82 €
6 <sup>ème</sup>	611	518	22 €	264 €	174 €	90 €	7,48 €
5 <sup>ème</sup>	567	485	21 €	252 €	166 €	86 €	7,14 €
4 <sup>ème</sup>	525	455	20 €	240 €	158 €	82 €	6,80 €
3 <sup>ème</sup>	499	435	19 €	228 €	150 €	78 €	6,46 €
2 <sup>ème</sup>	469	415	18 €	216 €	143 €	73 €	6,12 €
1 <sup>er</sup>	444	395	17 €	204 €	135 €	69 €	5,78 €
Elève Attaché			13 €	156 €	103 €	53 €	4,42 €