

Le Trésorier général, Gilbert LE GRAND.

**Votre numéro d'ordre :**  
(code d'accès Intranet)

**Votre mot de passe :**

Chères Conscœurs,  
Chers Confrères,

**VOUS PAYEZ PAR CHEQUE**, veuillez retourner **CE DOCUMENT ET VOTRE REGLEMENT** libellé à l'ordre de « ONPP » dans l'enveloppe jointe. Pour information, le mode de règlement de votre cotisation 2017 est systématiquement reconduit pour 2018.

**L'étalement des versements de la cotisation ne peut se faire que par prélèvement automatique.**

Vous souhaitez changer ou résilier votre mode de règlement pour passer au prélèvement automatique.

En ce cas, merci de nous retourner le mandat de prélèvement dûment rempli **avant le 31 décembre 2017**. (Voir au verso).

**Toute demande reçue après cette date limite ne pourra pas être traitée.**

**Article L.4322-9 du Code de la Santé Publique.**

(Créé par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 - Modifié par Ordonnance n°2017-644 du 27 avril 2017 - art. 9).

«Le conseil national fixe, appelle et recouvre la cotisation qui doit être réglée ... par chaque personne physique ou morale inscrite au tableau (...)»

**Les cotisations sont obligatoires.**

**Cotisations 2018 : quel que soit votre mode d'exercice.**

**Cotisations obligatoires**

**---- Personnes physiques :**

Pédiatres-Podologues à la retraite ayant conservé son activité professionnelle	:	330,00 €
Pédiatres-Podologues dont l'année de diplôme est antérieure à 2018	:	330,00 €

**---- Personnes morales :**

Quel qu'en soit le type (Société d'exercice)	:	330,00 €
--	---	----------

**Cotisations facultatives**

Pédiatres-Podologues à la retraite sans activité professionnelle	:	165,00 €
Pédiatres-Podologues français exerçant exclusivement à l'étranger	:	165,00 €

**Défaut de règlement :**

**A défaut de règlement au-delà du 15 février 2018**, l'intéressé sera mis en demeure de régler sa cotisation dans les 15 jours.

Passé ce délai, la cotisation sera majorée automatiquement de 10%, destinée à couvrir une partie des frais de traitement de la relance.

Passé le délai de 15 jours à l'issue d'une seconde mise en demeure, l'intéressé qui n'aura pas réglé sa cotisation majorée de 10% verra son montant automatiquement majoré, au même titre que précédemment, de 10% supplémentaires, soit 20% de majoration totale.

**En l'absence de règlement de la cotisation et des majorations de retard dans le délai indiqué, il sera mis en place une procédure de recouvrement par voie d'huissier. Les frais de recouvrement seront à la charge exclusive de l'intéressé.**

Concernant les rejets bancaires, quelle qu'en soit la nature, une participation aux frais de 8 € sera exigée.

**Commission de solidarité :**

Conformément à l'article L.4322-7 du code la santé publique, le Conseil national peut accorder exceptionnellement, une exonération partielle de cotisation. Les demandes doivent être formulées **avant le 15 Février 2018**. Pour en connaître les champs d'application, conditions et modalités se référer, sur le site Internet de l'ordre [www.onpp.fr](http://www.onpp.fr), aux rubriques Profession / informations professionnelles / Solidarité.

## PAIEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE :

### Obligatoire pour les règlements fractionnés.

Veillez retourner le MANDAT ci-dessous, dûment complété, daté et signé, **accompagné d'un IBAN avant le 31 décembre 2017**.  
Tout document incomplet sera rejeté. A tout moment vous pourrez résilier ce mode de règlement s'il ne vous convenait plus.  
**En revanche, il sera reconduit d'année en année, faute de dénonciation au moins deux mois à l'avance.**

Dans le mandat, précisez votre type de prélèvement automatique et les échelonnements choisis :

- soit en une fois : le 31 janvier 2018

- soit fractionné conformément au détail ci-dessous :

2 fois : prélèvements 31 janvier, 1<sup>er</sup> juillet,

4 fois : prélèvements 31 janvier, 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre,

6 fois : prélèvements 31 janvier, 1<sup>er</sup> mars, 1<sup>er</sup> mai, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> septembre, 1<sup>er</sup> novembre

**En cas de changement de compte bancaire, veillez à nous retourner votre nouvel IBAN afin d'éviter des frais de rejet.**

<b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>															 ORDRE NATIONAL DES PÉDICURES-PODOLOGUES											
R	E	F		U	N	I	Q	U	E		M	A	N	D			A	T	O	N	P	P	-	0	0	0

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Ordre national des pédicures-podologues à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Ordre national des pédicures-podologues.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

**Veillez compléter les champs marqués \***

Votre Nom \* .....

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse\* .....

Numéro et nom de la rue

.....

Code Postal

Ville

Pays

Les coordonnées de votre compte \* .....

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

.....

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier \* **Ordre National des Pédicures-Podologues**

Nom du créancier

I. C. S \* 

F	R	3	6	Z	Z	Z	5	1	9	7	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier 116 rue de la Convention

Numéro et nom de la rue

.....

PARIS

Code Postal

Ville

FRANCE

Pays

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

Choisir son échelonnement\*

**Je choisis de régler 330 € en :**

- 1 fois un montant de 330 €
- 2 fois un montant de 165 €
- 4 fois un montant de 82,50 €
- 6 fois un montant de 55 €

**Je choisis de régler 165 € en :**

- 1 fois un montant de 165 €
- 2 fois un montant de 82,50 €
- 4 fois un montant de 41,25 €
- 6 fois un montant de 27,50 €

Signé à \* .....

Lieu

.....

Date

Signature(s)\*

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.