|  |  |
| --- | --- |
|  | **Appel de cotisation 2023**  **Si vous réglez par chèque cet appel est à retourner**  **avant le 31 mars 2023 dernier délai**  **dans l’enveloppe retour jointe** |
| **Votre numéro d’ordre :**  *(Code d’accès Espace Pro du site Internet onpp.fr)* |
| |  | | --- | | **Votre mot de passe :**  (Si vous ne l’avez pas changé via le site [www.onpp.fr](http://www.onpp.fr)) | |
|  |

**Chère Consœur,**

**Cher Confrère,**

**Vous avez l’habitude de payer votre cotisation par chèque, nous vous proposons la souplesse du règlement par prélèvement automatique en 1, 2, 4 ou 6 échéances pour profiter de la possibilité d’étaler votre dépense et de ne plus avoir le souci de la date limite de réception de votre chèque.**

**Il vous suffit de nous retourner impérativement avant le 31 janvier 2023 le mandat de prélèvement dûment rempli *(Voir au verso)* accompagné de votre IBAN (RIB), pour nous permettre la programmation de vos échéances.**

**Ce mode de règlement sera reconduit d’année en année sans aucune intervention de votre part.**

**Tout règlement par chèque doit comporter au dos votre numéro d’ordre, être libellé à l’ordre de ONPP et être adressé obligatoirement avant le 31 mars dernier délai à l’adresse de l’enveloppe retour.**

**La cotisation est obligatoire.**

**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](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=74FC9FD64F3A87351E147F6AF5CC9FAD.tplgfr21s_1?cidTexte=JORFTEXT000034502991&idArticle=LEGIARTI000034504609&dateTexte=20170806&categorieLien=id#LEGIARTI000034504609)).

**NB**

En l’absence de règlement de la cotisation dans le délai légal et après un premier rappel :

* une majoration de 10 % est appliquée à la 2ème relance, soit pour une règlement entre le 1er mai et le 1er juin.
* une majoration de 20 % est appliquée à la 3ème relance, soit pour une règlement après le 1er juin.

Sans régularisation, l’ordre engagera une procédure de recouvrement par voie d’huissier.

En sus de la majoration pour 2ème relance, les frais de recouvrement sont à la charge exclusive de l’intéressé.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cotisation 2023 : quel que soit votre mode d’exercice.** | | | |
|  | | | |
| **Cotisation obligatoire** | | | |
|  | | | |
| **---- Personnes physiques :** | | | |
| Pédicures-Podologues dont l’année de diplôme est antérieure à 2023  Pédicures-Podologues à la retraite ayant conservé une activité professionnelle | :  : | 365,00 €  365,00 € |  | |
| **---- Personnes morales :**  Quel qu’en soit le type (Société d’exercice) | : | 365,00 € |  | |
|  |  |  |  | |
| **Cotisation facultative** |  |  |  | |
|  | | | |
| Pédicures-Podologues à la retraite sans aucune activité professionnelle  Pédicures-Podologues français exerçant exclusivement à l’étranger | :  : | 182,50 €  182,50 € |

**Commission Solidarité et Entraide :**

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 **motivées** doivent être formulées **impérativement avant le 31 mars 2023** obligatoirement accompagnées d’un chèque du montant total de votre cotisation, sans quoi, le dossier sera considéré comme incomplet.

Pour en connaître les champs d’application, conditions et modalités, se rendre sur le site internet de l’Ordre :

[www.onpp.fr](http://www.onpp.fr) aux rubriques : Exercice – Formalités ordinales – **La commission Solidarité et Entraide**

**courriel** : [commission.solidarite.entraide@cnopp.fr](mailto:commission.solidarite.entraide@cnopp.fr)

**Cessation d’activité :**

Si vous êtes en cessation d’activité il vous appartient de demander votre radiation au tableau auprès de votre conseil régional ou interrégional. La cotisation ordinale ne sera plus appelée.

Dans le mandat, précisez les échelonnements choisis :

1 fois : 05 mars,

2 fois : 05 mars, 05 juillet,

4 fois : 05 mars, 05 avril, 05 juillet, 05 septembre,

6 fois : 05 mars, 05 avril, 05 juin, 05 juillet, 05 septembre, 05 octobre.

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

**En cas d’incidents de prélèvements répétés, le règlement du solde de la cotisation devra se faire sans délai par chèque.**

**Le mode de règlement de la cotisation par prélèvement ne pourra alors plus vous être accordé.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA + JOINDRE IBAN (RIB)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **R** | **E** | **F** |  | **U** | **N** | **I** | **Q** | **U** | **E** |  | **M** | **A** | **N** | **D** | **A** | **T** |  | **O** | **N** | **P** | **P** | **-** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | | ONPP_logo_NB |

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.

**Veuillez 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 | 100 Boulevard Auguste Blanqui  Numéro et nom de la rue |
|  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 7 | 5 | 0 | 1 | 3 |   PARIS  Code Postal Ville |
|  | FRANCE  Pays |
| Type de paiement  Choisir son échelonnement en cochant la case correspondante\* | Paiement récurrent / répétitif 🞏 (si en 2, 4 ou 6 fois) Paiement ponctuel 🞎 (si en 1 fois) |
|  |  |
| 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.