

FORMULAIRE DE RESERVATION DEMANDE D'AIDE « STOP ESSUYAGE»

Raison sociale :

Adresse:

Adresse email:

@

SIREN:

SIRET:

(si plusieurs SIRET demandeurs, compléter le tableau joint)

Code Risque : 55.3 AC 80.1 ZA

Effectif total de l'entreprise (SIREN):

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Fonction* :

Déclare sur l'honneur :

- que le Document Unique de mon entreprise est mis à jour et qu'il est à la disposition du service prévention de ma caisse régionale (Carsat, Cramif pour l'Ile de France ou CGSS pour les DOM);
- que – le cas échéant – les institutions représentatives du personnel de mon établissement ont été informées de la démarche engagée pour bénéficier de cette aide financière nationale simplifiée ;
- que mon entreprise adhère à un Service de Santé au Travail nommé :
- que mon entreprise est à jour de ses cotisations URSSAF au titre des établissements implantés dans la circonscription de la caisse.
- avoir communiqué les cahiers des charges de l'Assurance Maladie – Risques Professionnels à l'entreprise émettrice du devis ;
- avoir pris connaissance des conditions générales d'attribution de l'aide « Stop Essuyage » et les accepter ;
- que le cumul des aides publiques ne dépasse pas 70% de l'investissement.

Je vous adresse la copie du (des) devis ou bon(s) de commande détaillé(s), conforme(s) aux critères définis en § 3 des conditions générales et au(x) cahier(s) des charges, nécessaire(s) pour la réservation de mon aide (cf. § 9 des conditions générales d'attribution).

Ou

Je vous adresse la copie du (des) bon(s) de commande détaillé(s), conforme(s) aux critères définis en § 3 des conditions générales et au(x) cahier(s) des charges, nécessaire(s) pour la demande d'aide, ainsi que les pièces justificatives pour le versement de l'aide (cf. § 10 des conditions générales d'attribution).
Je souhaite bénéficier de l'aide financière pour plusieurs établissements de mon entreprise (formulaire de réservation complémentaire rempli et joint à ce formulaire).

Fait à

le, / /

Signature obligatoire* et cachet de l'entreprise

Imprimez le document rempli, apposez votre cachet et la signature du représentant légal, scannez le tout et envoyez par courriel à : contrats.afs@carsat-sudest.fr

*Attestation obligatoirement signée par l'un des représentants légaux de l'entreprise

**FORMULAIRE DE RESERVATION COMPLEMENTAIRE
DEMANDE D'AIDE POUR PLUSIEURS ETABLISSEMENTS D'UNE MÊME ENTREPRISE**

SIRET	Adresse SIRET	(Si utile Numéro d'agrément ou autre)	Type d'investissement (si utile)		