

L'autorité organisatrice des mobilités en Ile-de-France

41 RUE DE CHATEAUDUN
75009 PARIS

DEMANDE DE REMBOURSEMENT TRIMESTRIELLE
Articles L 2531-6 et D 2531-4 du code général des collectivités territoriales

PERSONNEL TRANSPORTÉ

POLE VERSEMENT MOBILITE

 : 01 47 53 28 00

Nom :

Adresse :

Tél. :

N° URSSAF ou CMSA :

N° SIRET :

Nous

déclarons sur l'honneur assurer intégralement le transport collectif :

a) de tous nos salariés

b) de certains d'entre eux

● AU MOYEN DE : (*)

● NOMBRE DE SALARIÉS TRANSPORTÉS :

● NOMBRE DE SALARIÉS TOTAL DANS L'ENTREPRISE :

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT (Voir notice explicative)

TOTALITÉ DES SALAIRES DECLARÉS, À L'URSSAF OU À LA CMSA AU TITRE DU
VERSEMENT MOBILITÉ POUR LE PERSONNEL TRANSPORTÉ AU COURS DU TRIMESTRE 200.....

❶ SALAIRES EN EUROS x % = EUROS (**)
(**) suivre les règles d'arrondis en vigueur.

DATE

CACHET DE L'EMPLOYEUR ET SIGNATURE
(OBLIGATOIRE)

(*) N° des véhicules utilisés ou raison sociale de l'entreprise de transport

CONSERVEZ 1 EXEMPLAIRE