



Caisse de
PRÉVOYANCE SOCIALE
Saint-Pierre et Miquelon

**ACCOMPAGNEMENT DES ACTEURS
DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Caisse de prévoyance Sociale
Angle des bds Colmay et Thélot
97500 Saint-Pierre et Miquelon
Tél.: 0508 41 15 80
Mail : prevention@secuspm.com

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION
«AIDE À LA RÉALISATION DU DUER»
POUR LES ETABLISSEMENTS DE SPM
2024**

Raison sociale : _____

Adresse : _____

SIRET : _____

Effectif total de l'établissement à la date de la demande : _____

Activité de l'entreprise : _____

Je soussigné(e), représentant légal de l'entreprise,

Nom : _____ Prénom: _____

Fonction : _____

Mail : _____ Tél : _____

Déclare sur l'honneur (toute fausse déclaration est passible de sanctions et du non-paiement de l'aide ou du remboursement de l'aide accordée) :

- que mon établissement est à jour de ses cotisations auprès du service du recouvrement et relations aux entreprises de la CPS.*
- avoir pris connaissance des conditions de la présente subvention «Aide à la réalisation du DUER» à destination des entreprises de SPM*
- ne pas posséder de DUER*

Je vous adresse :

- L'original des factures acquittées comportant les éléments figurants dans les conditions d'attribution de la subvention «Aide à la réalisation du DUER» à destination des entreprises de SPM.*

- Un RIB comportant les éléments figurant au paragraphe 7 des conditions d'attribution de la subvention « Aide à la réalisation du DUER » à destination des entreprises de SPM*

Je souhaite :

- bénéficiaire de la subvention pour plusieurs établissements de mon entreprise.
(Il me faut compléter le formulaire de demande complémentaire - Annexe 1 du présent document)*

Le montant total des investissements pour lequel je souhaite bénéficier de cette subvention s'élève à :

_____ **€ TTC**

Fait à _____

Signature et cachet de l'entreprise (obligatoires) :

le _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

Date de réception de la demande

Date de mise en paiement

Numéro de la demande

ACCORD

REFUS

MOTIF

