



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 ÉTABLISSEMENTS DE SPM  
2023**

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**

