

SYNDICAT DES TRANSPORTS D'ILE DE FRANCE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT TRIMESTRIELLE

Article L 2531-6 et D 2531-4 du Code Général des Collectivités Territoriales

39 BIS, 41 RUE DE CHATEAUDUN
75009 PARIS

PERSONNEL LOGÉ

VERSEMENT DE TRANSPORT

☎ : 01.47.53.28.00

FAX : 01.47.53.29.47

Nom
Adresse
☎

N° URSSAF :	N° SIRET :
N° CMSA :

Nous déclarons sur l'honneur assurer le logement permanent sur les lieux de travail :

a) de tous nos salariés

b) de certains d'entre eux

NOMBRE DE SALARIÉS LOGÉS :

NOMBRE DE SALARIÉS TOTAL DANS L'ENTREPRISE :

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

◦ La liste nominative des salariés présentés en remboursement précisant pour chaque salarié l'adresse du lieu de travail et du logement ainsi que le montant des rémunérations trimestrielles ayant servi au calcul du versement de transport,

◦ Les Bordereaux Récapitulatifs des Cotisations mensuels URSSAF ou CMSA à chaque trimestre

◦ Au 4^{ème} trimestre : les Bordereaux Récapitulatifs des Cotisations mensuels, le Tableau Récapitulatif Annuel (*documents Urssaf*) et la liste nominative récapitulative annuelle.

TOTALITÉ DES SALAIRES DÉCLARÉS À L'URSSAF OU À LA CMSA AU TITRE DU VERSEMENT DE TRANSPORT POUR LE PERSONNEL LOGÉ AU COURS DU _____ TRIMESTRE 20

◦ SALAIRES EN € X % = € (*)

(*) suivre les règles d'arrondis en vigueur

DATE

CACHET DE L'EMPLOYEUR ET SIGNATURE (OBLIGATOIRE)