

Trimestre	Année

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DU VERSEMENT TRANSPORT

Personne à contacter pour le suivi du dossier

Nom et Prénom	Service	Téléphone	Adresse Mél

Pour bénéficier de cette demande de remboursement, l'entreprise doit obligatoirement annexer l'attestation modèle 05T qu'elle aura au préalable adressée à l'URSSAF avec le bordereau et le versement des cotisations à la sécurité sociale.

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom ou Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Adresse mél : _____

Adresse du siège social (si différent) : _____

Activité ou profession : _____

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

DESIGNATION DE L'ORGANISME ET ADRESSE			
TITULAIRE DU COMPTE			
CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° DE COMPTE	CLE

DESIGNATION DE L'ORGANISME DE SECURITE SOCIALE CHARGE DU RECOUVREMENT

N° d'identification de l'entreprise :

ou

AUTRES ORGANISMES :

Désignation :

Adresse :

N° identification

INFORMATIONS CONCERNANT LES SALAIRES

Nombre de salariés inscrits dans l'entreprise

Montant des salaires plafonnés déclarés au titre du trimestre

Montant du versement transport réglé pendant le trimestre

L'employeur soussigné, certifie sur l'honneur, l'exactitude des déclarations consignées au présent dossier aux annexes jointes.

Fait à _____, le _____ / _____ / 20

Nom et qualité du déclarant :

Signature :

RECAPITULATION DES REMBOURSEMENTS SOLLICITES

L'employeur joindra au présent dossier une annexe
03/T par lieu de travail pour le personnel logé
02/T par circuit de ramassage

Personnel logé (par lieu de travail)

Désignation des annexes jointes	Nombre d'agents concernés	Montant des salaires plafonnés

Personnel transporté (par circuit) ou itinérant

Désignation des annexes jointes	Nombre d'agents concernés	Montant des salaires plafonnés

TOTAL TRIMESTRIEL DES SALAIRES PLAFONNES**MONTANT DU REMBOURSEMENT SOLLICITE**

