15, rue des Sablons BP 2122
75771 Paris cedex 16
tél. 01 53 65 77 77 - fax 01 53 65 77 88
accueil@habitat-formation.fr - www.habitat-formation.fr
Fonds d'assurance formation - code NAF 9412Z - N°SIRET 327 561 841 00047

Demande de remboursement dans le cadre du
DIF DES ENTREPRISES N'APPLIQUANT AUCUN ACCORD OU CONVENTION COLLECTIF

■ Merci de compléter cet imprimé PRÉCISÉMENT.

■ Le retourner à **Habitat Formation**
15, rue des Sablons BP 2122
75771 Paris cedex 16.

■ N'oubliez pas de joindre
TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES.

■ Renseignements
et informations auprès de
Sébastien Jeunehomme
01 53 65 73 93.

■ **NOM ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE :**

_____

_____

■ **NUMÉRO D'ADHÉRENT :** | | | | | | | | |

■ **NUMÉRO DE DOSSIER** notifié dans l'accord de prise en charge : | | | | | | | | | |

■ **NOM ET PRÉNOM DU (DES) SALARIÉ (S) :**

....
....
....

■ Pour un traitement rapide de votre demande de remboursement,
merci de joindre IMPÉRATIVEMENT les justificatifs suivants :

- La convention de formation
- La (les) facture (s) de l'organisme de formation
- Les attestations de présence signées par le (s) salarié (s) (délivrées par l'organisme de formation)

■ Nous vous rappelons que
LES HEURES D'ABSENCE ne sont en
AUCUN CAS REMBOURSÉES.

■ Période de remboursement :

Date de début de la formation : J J M M A A | | | | | | |

Date de fin : J J M M A A | | | | | | |

Durée : _____ heures

■ Coût de la formation : _____ € TTC

Nom du responsable du dossier :

❑ Mme ❑ Melle ❑ M. _____

Téléphone : _____

Fait à _____, le _____

CACHET ET SIGNATURE