DEMANDE DE REMBOURSEMENT DANS LE CADRE DU

DIF PRIORITAIRE DE BRANCHE

■ 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 du service DIF PRIORITAIRE **01 53 65 77 98.**

■ **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).

■ Les justificatifs des frais annexes.

■ 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

❑ À RÉGLER À L'ENTREPRISE ❑ À RÉGLER À L'ORGANISME DE FORMATION facture n° ..... (jointe)

■ Coûts annexes : _____ € TTC (à règler à l'adhérent)

HÉBERGEMENT : _____ €

REPAS : _____ €

TRANSPORT : _____ €

Nom du responsable du dossier :

❑ Mme ❑ Melle ❑ M. _____

Fait à _____, le _____

CACHET ET SIGNATURE

Habitat Formation
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