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 de Virginie Meunier 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