GROUPE CIL ATLANTIQUE

ATTRIBUTION DE L'AIDE MOBILI-PASS

ACCORD EMPLOYEUR

Dans le cadre du "1 % Logement" géré par le CIL ATLANTIQUE - Validité 1 an

Document à remettre à votre employeur
et à retourner au CIL ATLANTIQUE

Je soussigné (Nom de l'employeur, raison sociale, adresse) :

.....

.....

.....

Déclare être favorable à la demande de l'AIDE MOBILI-PASS formulée par :

Mr, Mme, Mlle : .....

Demeurant : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

faisant partie de mon personnel, en qualité de : .....

Depuis le : |_|_|_|_|2|0|_|_|

J'accepte par la présente que mon salarié bénéficie d'une aide plafonnée à 3200 € maximun

L'entreprise cotise-t-elle ou est-elle assujettie au "1% logement" : ☐ oui ☐ non

Si oui, nom de l'organisme collecteur : .....

Fait à : ..... Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature et cachet de l'Employeur

N° d'entreprise : .....

Siège social : 6, rue La Fayette - B.P. 61415 - 44014 NANTES CEDEX 1 - Tél. 02 40 20 13 50 - Fax 02 40 35 57 62
Site Internet : www.cilatlantique.com

AFAQ ISO 9001

Association déclarée régie par la loi du 1er juillet 1901 - SIRET 786 001 230 00030

M.AE-08.06