

Raison sociale :

Adresse :

CP : Ville :

Adresse mail :

Siret :

Effectif total de l'établissement (SIRET) :

Effectif total de l'entreprise (SIREN) :

Nom : Prénom :

Fonction :

Votre aide financière « SILENCE + » a retenu mon attention et je souhaite en faire bénéficier mon entreprise.

>> Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'attribution de cette aide financière régionale simplifiée « SILENCE + » et les accepte.

>> Je vous adresse les documents nécessaires pour la réservation de mon aide.

- Copie du (des) devis détaillé(s) ;
- Attestation sur l'honneur de réservation.

Fait àle / / 202..

Signature obligatoire * et cachet de l'entreprise

*Demande obligatoirement signée par l'un des représentants légaux de l'établissement.

J'ai eu connaissance de votre dispositif d'aide financière par :

- Mon Service de Santé : le médecin du Travail l'I.P.R.P. autre
- La Carsat
- La D.R.E.E.T.S.
- La M.S.A.
- Autre, préciser :