

une **procédure** *simple et efficace*

1 | Vous allez envoyer un salarié en formation, adressez à AGEFOS PME la **DEMANDE DE GESTION D'ACTION** accompagnée du programme

2 AGEFOS PME vérifie l'**imputabilité**.

3 AGEFOS PME envoie à l'organisme de formation le **Contrat de Prestation de Services**.

4 AGEFOS PME vous envoie la **Confirmation de Gestion d'Action**.

5 L'organisme de formation envoie à AGEFOS PME 5 pièces :

- par retour :
- le **contrat de prestation de services** signé,
 - le **programme du stage** (si non transmis précédemment),
 - la **convention de formation** conclue entre l'entreprise et l'organisme.

puis, à l'issue du stage :

- l'**attestation de présence**, signée par le ou les stagiaires, ou la feuille d'émargement,
- la **facture des coûts pédagogiques**.

6 AGEFOS PME règle l'organisme de formation.

7 AGEFOS PME vous établit un modèle de facture pour le remboursement des salaires et des frais annexes des stagiaires.

8 | Vous retournez à AGEFOS PME la **FACTURE** complétée, cachetée et signée.

9 AGEFOS PME vous rembourse selon le barème en vigueur.

deux documents à nous retourner

DEMANDE DE GESTION D'ACTION

AGEFOS PME
AGENCE DE GESTION D'ACTION
PAYS DE LA LOIRE

**DEMANDE DE GESTION D'ACTION
PLAN DE FORMATION - DROIT INDIVIDUEL À LA FORMATION**

Accès notice explicative

Pour un traitement rapide de votre demande, merci de bien vouloir compléter tous les champs ci-dessous

1 ENTREPRISE ADHÉRENTE

N° Adhérent : -10 salariés + 10 à 49 salariés + 50 salariés et +

N° SIRET : _____

Raison Sociale : _____

CP : _____ Ville : _____

1, square de la Nouvelle France
BP 20548
49305 CHOLET CEDEX

Assujéti à la TVA OUI NON

2 ORGANISME DE FORMATION

Raison Sociale : _____

N° de déclaration d'activité : _____ N° SIRET : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Assujéti à la TVA OUI NON

3 FORMATION

Intitulé de la formation : _____

Durée : _____ heures par stagiaire Lieu de la formation : _____

Date de début (j/mm/aaaa) : _____ Date de fin (j/mm/aaaa) : _____

4 COÛT DE LA FORMATION

Formation externe : _____

Coûts pédagogiques : _____ € HT

Formation déjà réglée par l'entreprise OUI (cas exceptionnel) NON

Facturation de la formation à AGEFOS PME Entreprise

5 STAGIAIRE(S) SALARIÉ(S)

Utiliser les listes déroulantes (ou voir Notice)

| NOM(S) et PRÉNOM(S) des stagiaires en majuscules | Sexe | Date de naissance (j/mm/aaaa) | Niveau formation actuel | CCP | Type de contrat de travail | Salarié postulaire | Travailleur handicapé | Catégorie action | Nombre d'heures DIF salariales | Nombre d'heures hors temps de travail (HT) | Salaires horaires brut, ch. patronales incluses (€) | Salaires horaires net de référence (€ HT) |
|--|------|-------------------------------|-------------------------|-----|----------------------------|--------------------|-----------------------|------------------|--------------------------------|--|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Le présent signataire a pris connaissance et accepte les conditions générales de gestion relatives au présent document.

A : _____ Le : _____ Signature et cachet de l'entreprise

Important : La présente demande doit être retournée 30 jours avant le début de la formation, accompagnée du programme de formation et du devis. Cette demande ne vaut pas inscription auprès de l'organisme de formation.

Consultez nos conditions de prise en charge financières sur le site web www.agefos-pme.com

01/10/2013 Original à retourner à AGEFOS PME, conserver une copie

Ce document permet à votre entreprise de décrire l'action qu'elle souhaite réaliser, et à AGEFOS PME d'obtenir les éléments nécessaires au traitement de cette action.

N° DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ

Il s'agit du numéro d'identification de l'organisme de formation à 11 chiffres.

FORMATION INTERNE

Ces formations assurées par l'entreprise elle-même répondent à des modalités particulières. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre conseiller en formation.

SALAIRE HORAIRE

Pour nous permettre de préparer le remboursement des salaires des stagiaires, indiquez dans cette rubrique le montant des salaires horaires, charges sociales patronales comprises, de chacun des stagiaires.

STAGIAIRES

Seuls peuvent être pris en compte les salariés de votre entreprise.

Cette facture est partiellement renseignée par AGEFOS PME sur la base des informations communiquées par vos soins dans la Demande de Gestion d'Action.

FACTURE

REFERENCES DE L'ACTION DE FORMATION

N° de dossier : _____

N° adhérent : _____

N° SIRET : _____

Organisme de formation : _____

N° de déclaration d'existence : _____

Coût pédagogique HT : _____

Intitulé du stage : _____

Lieu du stage : _____

Dates de stage : début : _____ fin : _____

Nombre de stagiaires : 1

CACHET DE L'ENTREPRISE

COORDONNEES DE L'AGEFOS PME

REMUNERATION DES STAGIAIRES

| NOM (n) et prénom (s) | Montants à rembourser | Salaires horaires | Coût salarial | Coût patronal | Coût total | Autres frais | Total |
|-----------------------|-----------------------|-------------------|---------------|---------------|------------|--------------|-------|
| a | b | c | d | e | f | g | TOTAL |

Facture N°

Total des rémunérations : _____

FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE REPAS DES STAGIAIRES

Nombre de repas : _____ Coût total réel (plateformé à _____ par repas) :

Nombre de nuits : _____ Coût total réel (plateformé à _____ par nuit) :

Ou nombre de "forfaits séminaire" : _____ Coût total réel (plateformé à _____ par jour et par stagiaire) :

FRAIS DE DEPLACEMENT DES STAGIAIRES

Volkswagen : Nombre de km : _____ x Taux : _____ (plateformé à _____ le km)

Train, avion (à préciser) : _____

Autres (à préciser) : _____

AUTRES FRAIS

* Si non renseigné : _____

Salaires horaires EDC (charges sociales incluses) du formateur : _____ x nombre d'heures : _____

* Location de salle, matériels et logiciels pédagogiques (à préciser) : _____

DELAI DE REGLEMENT

30 jours à régularisation du dossier. Tout retard de paiement engendre une pénalité calculée sur la base du taux d'intérêt légal en vigueur.

coefficient multiplicateur exact : _____

Signature : _____

Total HT : 19,60

TVA sur les dépenses : _____

TVA sur les encaissements : _____

Total TTC : _____ €

N° intracommunautaire : _____

CACHET DE L'ENTREPRISE
N'oubliez pas de mettre votre cachet (OBLIGATOIRE).

FACTURE N°
Portez le numéro de facture que vous lui avez attribué lors de son enregistrement (OBLIGATOIRE).

NOMBRE D'HEURES DE FORMATION RÉALISÉES*
Si la durée payée par l'entreprise est égale au nombre d'heures de formation réalisées, reportez le contenu de la colonne (a) dans la colonne (b) et le contenu de la colonne (d) dans la colonne (TOTAL)
*peut être parfois pré-rempli

SALAIRE HORAIRE
Cette rubrique est pré-remplie en fonction des informations fournies par vos soins sur la Demande de Gestion d'Action.
Si vous n'avez pas transmis l'information lors de la Demande de Gestion d'Action, veuillez la compléter.

FRAIS D'HÉBERGEMENT ET DE REPAS DES STAGIAIRES, FRAIS DE DÉPLACEMENT
Complétez ces deux rubriques en veillant à ne pas dépasser le montant des plafonds en vigueur (conservez les justificatifs en cas de contrôle).

TVA
Appliquez le taux auquel est assujettie votre entreprise.

CERTIFIÉ SINCÈRE ET EXACT LE
N'oubliez pas de dater et signer (OBLIGATOIRE)

N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE
(OBLIGATOIRE si assujettie TVA)