



Agence de Services
et de Paiement

Contrat de Prestation

Page 1/2

Activité
partielle

Dans le cadre de la gestion du recours à l'Activité Partielle, vous avez confié cette mission à un tiers (centre de gestion, expert-comptable, etc.).

Afin de permettre à l'Agence de Services et de Paiement (ASP) de s'assurer que le tiers déclarant bénéficie de votre accord pour saisir les **Demandes d'Autorisation Préalable** et les **Demandes d'Indemnisation** pour votre compte, je vous remercie de bien vouloir compléter, signer (signature des deux parties) et retourner à l'adresse figurant au bas du document, le présent document dans les meilleurs délais.

Je soussigné

Dénomination de l'établissement :

N° SIRET : _____

Représenté par (Nom et Prénom) : _____

Adresse électronique : _____@_____

**confie la saisie des Demandes d'Autorisation Préalable et
des Demandes d'Indemnisation
au tiers désigné ci-dessous.**

Désignation du tiers chargé de la gestion de la télé-déclaration :

(Indiquer la raison sociale ci-dessous)

SA Accior LES Sables d'Orne

N° SIRET : 328 907 456 00029

Représenté par (Nom/Prénom) : Service Social

Adresse : 39 rue Denis Papin

85180 LES SABLES d'ORNE

Adresse électronique : social @ accior.fr

NAF2 : 6920 z



Agence de Services
et de Paiement



Par cette mission la personne désignée comme tiers s'engage à :

- Saisir pour mon compte sur le site ActivitePartielle les **Demandes d'Autorisation Préalable** ;
- Saisir pour mon compte sur le site ActivitePartielle les **Demandes d'Indemnisation**.

En donnant mission au tiers désigné ci-dessus, d'effectuer pour mon compte les prestations désignées, j'atteste accepter les Conditions Générales d'Utilisation (CGU) disponibles sur la page d'accueil du site, être informé(e) que celui-ci est détenteur d'identifiants permettant d'effectuer les télé-déclarations de la structure dont je suis responsable.

Je demeure responsable des informations saisies par le tiers déclarant dans le cadre des demandes d'autorisation préalable et des demandes d'indemnisation, y compris lorsque les informations saisies comportent des engagements auprès de l'Etat.

Je m'engage à transmettre à l'ASP toute information concernant une modification dans la relation contractuelle qui me lie au tiers identifié ci-dessus et ayant une incidence sur la télé-déclaration afin d'éviter notamment des interruptions de paiement des aides.

Fait, le/...../.....

L'établissement

(Signature manuscrite et cachet)

Le tiers

(Signature manuscrite et cachet)

ACCIO LES SABLES D'OLONNE
Expertise Comptable - Audit - Conseil
S.A. au Capital de 212 320 Euros
39, rue Denis Papin, B.P. 81830
LE CHATEAU D'OLONNE
85118 LES SABLES D'OLONNE Cedex
Tél. 02 51 95 07 48 - Fax 02 51 32 88 61
R.C.S. La Roche sur Yon 328 907 456

Lorsque ce document est signé (de façon manuscrite), vous devez le transmettre par voie postale à l'adresse suivante :

Délégation Régionale ASP Bretagne ZI Sud Est - CS 17429 40, rue du Bignon 35574 CHANTEPIE Cédex

