

FICHE DE TARIFICATION - LOT 05 PROTECTION FONCTIONNELLE - VILLE ET SON CCAS D'ARAMON- 2018
ANNEXE A L'ACTE D'ENGAGEMENT

FICHE DE TARIFICATION VILLE D'ARAMON

Les montants indiqués en euros sont provisionnels et peuvent varier avec l'assiette de cotisation

| Protection fonctionnelle – BASE : 126 personnes | | |
|---|---|--------|
| | H.T. | T.T.C. |
| Cotisation annuelle hors frais et accessoires : | | |
| Frais et accessoires non compris ci-dessus : | | |
| Cotisation TOTALE 2019 : | | |
| Mode de calcul de la cotisation : (Assiette / taux / forfait / taxes...) | | |
| Indexation : Si oui indiquer dénomination et date de valeur de l'indice de référence | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON | |

| | |
|--|---|
| Acceptez-vous la prise en charge des frais de déplacement : | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |
| Acceptez-vous les avances des frais de procédure : | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |
| Acceptez-vous les avances de l'indemnisation du préjudice, l'assureur se chargeant du recouvrement auprès du tiers : | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |
| Acceptez-vous l'indemnisation du préjudice en l'absence de tiers responsable ou insolvable : | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |

| | |
|---|---|
| <p>Fait à :</p> <p>Le :</p> | <p>Signature du candidat et cachet :</p> |
|---|---|

FICHE DE TARIFICATION - LOT 05 PROTECTION FONCTIONNELLE - VILLE ET SON CCAS D'ARAMON- 2018
ANNEXE A L'ACTE D'ENGAGEMENT

FICHE DE TARIFICATION CCAS D'ARAMON

Les montants indiqués en euros sont provisionnels et peuvent varier avec l'assiette de cotisation

| Protection fonctionnelle – BASE : 13 personnes | | |
|---|---|--------|
| | H.T. | T.T.C. |
| Cotisation annuelle hors frais et accessoires : | | |
| Frais et accessoires non compris ci-dessus : | | |
| Cotisation TOTALE 2019 : | | |
| Mode de calcul de la cotisation : (Assiette / taux / forfait / taxes...) | | |
| Indexation : Si oui indiquer dénomination et date de valeur de l'indice de référence | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON | |

| | |
|--|---|
| Acceptez-vous la prise en charge des frais de déplacement : | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |
| Acceptez-vous les avances des frais de procédure : | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |
| Acceptez-vous les avances de l'indemnisation du préjudice, l'assureur se chargeant du recouvrement auprès du tiers : | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |
| Acceptez-vous l'indemnisation du préjudice en l'absence de tiers responsable ou insolvable : | <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON |

| | |
|---|---|
| <p>Fait à :</p> <p>Le :</p> | <p>Signature du candidat et cachet :</p> |
|---|---|