



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 *16.03.2020*.

L'établissement

(Signature manuscrite et cachet)

Le tiers

(Signature manuscrite et cachet)

S.A. SEGAC

B.P. 236 - 15, rue de la Chaussade

58002 NEVERS CEDEX

Tél. 03 86 36 35 00

03 86 36 31 00

Fax 03 86 57 64 33

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



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 **D**emandes d'**A**utorisation **P**réalable et les **D**emandes d'**I**ndemnisation 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)

N° SIRET : 322 968 456 000 SA

Représenté par (Nom/Prénom) : _____

Adresse : _____

S.A. SECAC
B.P. 236 - 15, rue de la Chaussée
58002 NEVERS CEDEX
Tél. 03 86 36 85 00
03 86 36 81 00
Fax 03 86 57 64 89

Adresse électronique : catherine.chabrolle@secac.FR

NAF2 : _____

