

PAYS DU BOCAGE VENDEEN

Pôle Touristique

DEMANDE D'AIDE POUR LE CLASSEMENT D'UN HEBERGEMENT TOURISTIQUE

Merci de compléter les rubriques concernant votre structure :

Responsable de la structure :

Mr, Mme, Melle* Nom : Prénom :

Fonction : Propriétaire de l'hébergement Gestionnaire de l'hébergement

Nom de l'entreprise :

Nom commercial :

Forme juridique (EI., SA., SARL...) :

N° SIRET : Code APE/NAF :

Adresse de facturation :

Téléphone : Mail :

* Entourez la mention retenue

Je compte procéder à la demande de classement sur mon hébergement situé :

Liste des pièces à fournir :

- 1- Une copie du rapport de l'organisme accrédité par le COFRAC ayant effectué la visite de classement
- 2- Une copie de la décision de classement par Atout France
- 3- Une facture acquittée de l'organisme accrédité par le COFRAC ayant effectué la visite de classement, libellée au nom de l'hébergeur
- 4- Une attestation de propriété
- 5- Un relevé d'identité bancaire

Demande à renvoyer à :

Pôle Touristique Vendée Bocage – 2 rue Jules Verne - 85250 SAINT FULGENT
Tél. : 02.44.40.20.15 – Mail : contact@vendeebocage.fr

Tableau de suivi (réservé au Pôle Touristique)

DEMANDE				PAIEMENT		
Date Réception demande	Date de la visite de classement	Date de la décision de classement	Date Etude du dossier	Comité Syndical	Courrier d'attribution envoyé le	Envoi pour paiement

Je m'engage à respecter le règlement intérieur ci-joint.

Je renvoie le dossier à : POLE TOURISTIQUE DU PAYS DU BOCAGE VENDEEN
2 rue Jules Verne
85250 SAINT FULGENT
Tél. : 02.44.40.20.15

L'aide du Syndicat Mixte est cumulable avec toute autre aide de l'Etat, la Région, le Département ou autres intervenants dans la limite des frais réels engagés par l'hébergeur (hors frais de déplacement).

Je m'engage sur l'honneur à percevoir l'aide au classement de mon hébergement dans la limite des frais engagés (hors frais de déplacement).

Date :

Signature :

AVIS DU POLE TOURISTIQUE EN DATE DU ____ / ____ / _____

Avis technique : Favorable Défavorable

Observations :

AVIS DU COMITE SYNDICAL EN DATE DU ____ / ____ / _____

Avis du Comité Syndical : Favorable Défavorable

Observations :

DEMANDE DE PAIEMENT

Coût de la visite € TTC

Montant de l'aide accordé € TTC

Date de paiement :

Montant de l'aide :

N° de mandat :

N° de délibération :