

PAYS DU BOCAGE VENDEEN

Pôle Touristique

DEMANDE D'AIDE POUR LA QUALIFICATION CHAMBRES D'HOTES REFERENCE

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 (El., SA., SARL...) :

N° SIRET : Code APE/NAF :

Adresse de facturation :

Téléphone : Mail :

* Entourez la mention retenue

J'ai qualifié ma / mes chambres d'hôtes « chambres d'hôtes référence » située(s) :

Liste des pièces à fournir :

- 1- Une copie de la décision de qualification « Chambre d'hôtes référence »
- 2- Une facture acquittée de l'organisme accrédité ayant effectué la visite, libellée au nom de l'hébergeur
- 3- Une attestation de propriété
- 4- Un relevé d'identité bancaire

Demande à renvoyer à :

Pôle Touristique Vendée Vallée – 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 « Chambre d'hôtes référence »	Date de la décision d'attribution	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 à la qualification chambres d'hôtes référence 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

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

Avis du Comité Syndical : Favorable Défavorable

DEMANDE DE PAIEMENT

Montant de la visite de qualification € TTC

Montant de l'aide accordé **50 € TTC**

Date de paiement :

Montant de l'aide :

N° de mandat :

N° de délibération :