Démarche : Frais de santé - demande de subvention des centres de soins (état déclaratif) : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé Organisme Identité du demandeur **Email Etablissement** SIRET Dénomination Forme juridique **Formulaire** Ce formulaire en ligne permet aux centres de soins de la Manche de compléter et transmettre une demande de subvention. Identification Nom du centre de soins Adresse du centre de soins **Numéro FINESS** Dans quel département est situé le centre de soins ? Indiquez le numéro du département Trimestre de référence Période du Format jj/mm/aaaa

Frais de santé - demande de subvention des centres de soins (état déclaratif) Format jj/mm/aaaa	
Déclare sur l'honneur les montants suivants :	
Montant de l'assiette totale des cotisations maladies dues par le centre en qualité d'employeur	
Montant de la part de cette assiette correspondant aux personnels salariés médicaux et paramédicaux	
Montant total des cotisations maladies dues pour ces personnels par le centre en qualité d'employeur avan de charges pour bas salaires	nt réduction
Montant de réduction charges pour bas salaires	
Montant total des cotisations maladies réellement versées par le centre en qualité d'employeur pour ces po	ersonnels
Indication du nombre total de personnel salarié médical ou paramédical employé par le centre	
Pièce justificative	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Joindre l'attestation de versement des cotisations délivrée par l'URSSAF	
Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)	
Engagement	
En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.  Cochez la mention applicable  Oui	
Non	
Fait à : Indiquez la commune	
<b>Le:</b> Format jj/mm/aaaa	