## DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LA PARTICIPATION DE :

## 

## M - Mme *(\*)* : …………………………………………………………………………………………..

* + - Commission Paritaire Permanente de négociation et d’interprétation (CPPNI)
    - Commission Paritaire Nationale de Suivi du régime de Prévoyance
    - Commission Paritaire Nationale de Suivi du régime de Complémentaire santé
    - Commission Paritaire Nationale de Suivi, de Conciliation et d’Interprétation
    - Commission Paritaire Nationale de l’Emploi et de la Formation Professionnelle (CPNEFP)
    - Journée ou demi-journée de préparation des commissions
    - Groupe de travail paritaire (préciser) : ……………………………………………………….

### Date :

### Lieu :

### Au titre de l’Organisation Syndicale/Union Employeur : …………………………………………….

*(\*) Cochez la case correspondante*

Document à transmettre à l’AGFAP signé, tamponné et accompagné des pièces justificatives originales, d’un bulletin de salaire du mois correspondant (ainsi que d’une **copie de la déclaration annuelle de la taxe sur salaires N-1** pour la 1ère demande de l’année si l’employeur y est assujetti).

Nous effectuons les remboursements par virement bancaire.

Merci de joindre un **RIB** à votre première demande.

**Toute demande incomplète sera renvoyée.**

Les remboursements seront effectués dans la limite des plafonds ci-dessous.

#### FRAIS DE DÉPLACEMENTS

* Aller - Retour train/avion 2ème classe

##### Métro - Bus

##### Indemnités kilométriques (article V-14.3 de la CCB[[1]](#footnote-1))

##### Autres (parking, péage)

##### **TOTAL A**

#### FRAIS D’HÉBERGEMENT

##### Nombre de nuits hors Paris……….. x 84.40 € (plafond) 2

* Nombre de nuits Paris ……….. x 126.60 € (plafond) 2

##### **TOTAL B**

##### **FRAIS DE REPAS**

* Nombre de repas ………..x 25.32 € (plafond) 2 **TOTAL C**

**TOTAL I (A+B+C)**

###### SIGNATURE

ASSOCIATION FÉDÉRATION

**ADRESSE**

#### COMPENSATION DE SALAIRE :

Le taux horaire pris en charge par l’AGFAP se calcule de la manière suivante :

Salaire mensuel brut (coefficient x valeur du point + le cas échéant : complément SMIC, ECR cadre, diplôme & ancienneté) hors primes et autres suppléments, majoré du taux de charges patronales figurant sur le bulletin d’une part, et du taux de la taxe sur les salaires (plafonné à 4,25%) d’autre part.

Fonction du salarié :

Total du nombre d’heures à rembourser (à détailler ci-dessous) :

* Préparation à la réunion : nbre d’heures :……………………Date de la préparation :....…….....
* Transport : nbre d’heures :…………………………………………………….

*(Prise en charge = le temps de transport excédant la durée normale de trajet domicile-siège social de la structure fait l’objet d’une contrepartie dans les conditions conventionnelles suivantes :*

* *De 50 à 1200 kms aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion : attribution d’une demi-journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunérée comme telle*
* *Au-delà de 1200 kms aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion : attribution d’une journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunérée comme telle.*
* Temps de réunion : nbre d’heures : ………………………………

Soit Total à rembourser : heures x …………….. €

TOTAL II

**A REMBOURSER A L’ASSOCIATION**

TOTAL I & TOTAL II

###### SIGNATURE DU DIRECTEUR

###### Cachet de l’association

**Personne à contacter pour d’éventuels renseignements sur cette demande :**

**Nom :**  …………………… **N° de Tél :** ……………………… **Email :** …………………………

1. 0,38 €/km au 01/10/2022

   2 Plafonds : nuit : 20 MG / nuit Paris : 30 MG / repas : 6 MG ; 1 Minimum Garanti (MG) = 4,22€ depuis le 01/11/2024 [↑](#footnote-ref-1)