

CONTRAT DE PRESTATION

Dans le cadre de la gestion des aides accessibles sur SYLAé dont vous êtes bénéficiaire (Ex. : contrats aidés, aides à l'alternance, etc.), vous souhaitez confier cette mission à un tiers.

Afin de permettre à l'Agence de Services et de Paiement (ASP) de s'assurer que le tiers déclarant bénéficie de votre accord pour effectuer les déclarations pour votre compte, nous vous remercions de bien vouloir compléter et de signer de façon manuscrite (signature des deux parties) ce document, puis de le transmettre via le formulaire de contact sur SYLAé en renseignant le SIRET et le numéro de département dont dépend l'employeur (et non le tiers déclarant). Une fois votre demande traitée par nos services, vous recevrez un mail qui vous permettra de nous transmettre les pièces justificatives figurant en page 2.

JE, SOUSSIGNÉ

Dénomination de l'employeur :

N° (SIREN) / SIRET* :

Représenté par : Nom : Prénom :

* Dans le cas d'une entreprise qui souhaiterait gérer l'ensemble des contrats de ses différents établissements sur son espace employeur SYLAé, merci d'indiquer le SIREN sur 9 chiffres (commun à tous ses établissements). Le tiers sera l'établissement désigné par l'entité dans le cadre ci-dessous.

Confie la gestion de mes demandes d'aide, des télé-déclarations de mes coordonnées de paiement et des suivis d'activité des salariés concernés, accessibles sur SYLAé au tiers désigné ci-dessous :

DÉSIGNATION DU TIERS :

Dénomination du Tiers :

N° SIRET :

Représenté par : Nom : Prénom :

Adresse :

Numéro : Libellé de la voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Courriel :

Par cette mission la personne désignée comme tiers s'engage à :

- Saisir, si nécessaire, pour mon compte (employeur des contrats) et sur SYLAé le suivi des salariés dont je suis employeur et pour lesquels je perçois une aide ;
- Saisir, si nécessaire, mes coordonnées bancaires sur SYLAé afin que je puisse percevoir les aides ;
- Saisir pour mon compte employeur des demandes d'aide SYLAé, ainsi que le suivi des salariés concernés sur SYLAé.

**PIÈCES JUSTIFICATIVES QUI SERONT À FOURNIR PAR RETOUR DE MAIL
UNE FOIS VOTRE DEMANDE TRAITÉE :**

- Pour chaque personne au sein de la structure tierce qui sera amenée à saisir et/ou transmettre des demandes d'aide ou des suivis d'activités pour le compte de l'employeur : **une pièce d'identité** (CNI, passeport ou titre de séjour recto / verso) ;
- Pour l'employeur, la **pièce d'identité** (CNI, passeport ou titre de séjour recto/verso) du responsable légal de l'entreprise ou de toute personne habilitée à signer le contrat en son nom et pour son compte ;
- Dans le cas d'un établissement principal qui souhaiterait gérer l'ensemble des contrats de ses établissements secondaires sur son espace employeur SYLAé désigné comme tiers déclarant : **la liste des SIRET** de ces établissements dans un document (type Excel) reprenant le format suivant :

Exemple :

Dénomination / raison sociale	SIRET
Etablissement X	SIRET 14 chiffres
Etablissement Y	SIRET 14 chiffres

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 le tiers déclarant pourra gérer les demandes et les suivis des aides accessibles sur SYLAé pour la structure dont je suis responsable.

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 du paiement des aides.

Fait à : le* :

L'employeur
« Signature manuscrite et cachet »

Le tiers
« Signature manuscrite et cachet »

L'ASP se réserve le droit de demander aux parties de présenter le contrat original comportant les signatures manuscrites. Pour cette raison, nous vous recommandons de conserver le contrat original, en deux exemplaires signés de façon manuscrite par le tiers déclarant et l'employeur.