**Le bénéficiaire peut présenter son propre état sous réserve d’y faire figurer l’ensemble des rubriques suivantes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BENEFICIAIRE :** POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST | | |
| **DELIBERATION :** N° CP2019-341 du 18 septembre 2019 | **N° DOSSIER IRIS :**  EX045306 - 03/01/2022 | **ENGAGEMENT COMPTABLE :**  2019-IRIS-602520-1 |

**ETAT RECAPITULATIF DETAILLE DES PAIEMENTS EFFECTUES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAPPEL DU TOTAL APPARAISSANT SUR LA PRECEDENTE DEMANDE DE VERSEMENT (en €)** | | | |  | |
| **NOM DU FOURNISSEUR** | **REF. DE PIECE DE DEPENSE** | **DATE DE PIECE DE DEPENSE** | **NATURE PRECISE DE LA DEPENSE** | **MONTANT**  **HT** | **MONTANT**  **TTC** |
| **Total précédent versement**  **Khépri Formation**  **PSPPE employeur** | **N° 1**  **N° 2**  **N° 3** | **30/06/2021**  **17/12/21**  **17/12/21** | **TOTAL DES PRECEDENTS ACOMPTES VERSES**  **Convention de mise à disposition de bureaux**  **Montant Cotisations sociales résiduelles non prises en charges par les contrats aidés :**  **Contrat 1 : Carole Fournaise**  **Contrat 2 : Valérie Grelat** | **38 704**  **7 500**  **4 301**  **3 172** | **46 444,79**  **9 000**  **4 301**  **3 172** |
| **TOTAL A REPORTER SUR LA PROCHAINE DEMANDE DE VERSEMENT OU TOTAL DEFINITIF** | | | | **53 677** | **62 917,79** |

A compléter uniquement pour la demande de solde et s’il s’agit d’un organisme doté d’un comptable public

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFIE SINCERE ET VERITABLE**  **Le bénéficiaire certifie que l’ensemble des dépenses ci-dessus listées sont réputées acquittées à la date du[[1]](#footnote-1) 21/12/21**  A : Nogent sur Marne  Le : 21 décembre 2021    **REVELLAT Evelyne, Présidente PSPPE**  **Le représentant légal de l’organisme bénéficiaire**  **(Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)** | **CERTIFIE LA PRISE EN CHARGE DANS SA COMPTABILITE DES DEPENSES AINSI QUE LEUR REGLEMENT**    A : Nogent-sur-Marne   Le :**21 décembre 2021**  **CAMESCASSE Nicole, Trésorière PSPPE**  **Le comptable public de l’organisme bénéficiaire**  **(Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)** |

1. Toute fausse déclaration est passible des peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal. [↑](#footnote-ref-1)