

**Fiche de saisine**

**Mission Paie à façon**

**Je soussigné(e) Madame/Monsieur :** ……………………………………………………………………

**Qualité Maire/Président) :**.........................................................................................................................

**Collectivité** : .......................................................................................................................................

**Adresse**: ………………………………………………………………………………………………………

**Code postal**:…………….. **Ville** : …………………………………………………………………………

Numéro de SIRET : .............................................................................................................................

Le cas échéant, dénomination du et des établissements secondaires ou du ou des budgets annexes concernés par la mission, avec leur numéro SIRET :

1. Dénomination :…………………………………………………………………………………………………

N° SIRET : ……………………………………………………………………………………………………..

1. Dénomination :…………………………………………………………………………………………………

N° SIRET : ……………………………………………………………………………………………………..

1. Dénomination :…………………………………………………………………………………………………

N° SIRET : ……………………………………………………………………………………………………..

1. Dénomination :…………………………………………………………………………………………………

N° SIRET : ……………………………………………………………………………………………………..

**Contact chargé du dossier** : ..........................................................................................................

Téléphone : ........................................................................ Courriel : .................................................

[ ]  **Sollicite l’adhésion de sa collectivité à la mission Paie à façon du Centre de Gestion de la Charente-Maritime.**

 **Date d’adhésion souhaitée : …………../………../…………**

 **L’adhésion prend effet au plus tôt le 1er jour du 4ème mois suivant la réception de la présente fiche.**

[ ]  **Engage les services de la collectivité à remettre au CDG17 l’ensemble des documents et informations nécessaires à l’exécution de la prestation.**

[ ]  **Engage la collectivité à régler pour exécution de la prestation le ou les titres de recettes qui sera/seront transmis par le CDG17.**

Fait à ..................................................................., le ......... / ......... / .........

Cachet et signature de l’autorité territoriale

Les informations recueillies à partir du présent formulaire font l’objet d’un traitement informatique destiné aux services du Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Charente-Maritime, afin de mettre en place la mission Paie à façon, réaliser la mission demandée et la facturation correspondante.

Les données sont conservées pendant 5 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : dpd@cdg17.fr

****Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vo****s droits sur le site de la CNIL ([https://www.cnil.fr/).](https://www.cnil.fr/)

|  |
| --- |
| **Fiche à renvoyer complétée et signée à :****CENTRE DE GESTION 17 - Service Paie –** **85 Boulevard de la République - CS 50002 - 17076 LA ROCHELLE CEDEX 9****Ou****Par courriel : paie.collectivite@cdg17.fr** |