** COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS DE TARASCON**

 **BORDEREAU DE RECOUVREMENT – REGIE DE RECETTES – TAXE DE SEJOUR**

 **PERODE DE RECOUVREMENT HIVER 2019/2020**

 **Du 1er Octobre 2019 au 31 mars 2020**

HEBERGEMENT CLASSÉ ETOILES (\*) *voir grille tarifaire*

**Nom du propriétaire / gestionnaire** : Mail :

**Nom et adresse hébergement** : **Catégorie** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ADULTES  |  | *EXONERATION* – DE **18 ANS** |
| Date arrivée | Date départ | Nombre de Personnes | Nombre de Nuits  | TOTAL  | **TARIF**(cf grille tarifaire) | MONTANT PARSEJOUR |  | Nombre de Personnes | Nombre de Nuits  |
| *Ex : 12/02/14* | *14/02/14* | *2* | *2* | *4* | *0.40* | *1.60* |  | *3* | *2* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  NET A PAYER :  |  |  |  |

**IL EST IMPERATIF D’EFFECTUER UN BORDEREAU DE RECOUVREMENT POUR CHAQUE HEBERGEMENT**

**Règlement** : ESPECES – CHEQUES (à l’ordre du Trésor Public) – MANDAT ADMINISTRATIF *(Rayer la mention inutile)*

A adresser à la Communauté de Communes du Pays de Tarascon – 19, avenue de Sabart – 09400 TARASCON/ARIEGE

**Avant le 15 avril 2020**

Je soussigné(e) M. ................................................................................ m'engage sur l'honneur quant à la véracité des renseignements fournis.

 A …………………………… Le ………………………………/2020 SIGNATURE