|  |
| --- |
| **Nom du Cabinet :** **Nom et prénom du commissaire aux comptes :** **Adresse :** **Adresse mail : Tél :** **Date d’inscription :**  |
|  |

**Votre activité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **En qualité de signataire** |
| Selon vos dernières DA | **Nombre de mandats** |  |
| **Nombre d’heures** |  |

**Vos déclarations de formation**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Total Heures déclarées** |
| **2022** |  |
| **2023** |  |
| **2024** |  |

**Détail de votre demande**

**Une habilitation vous a-t-elle déjà été octroyée : Oui Non**

**Si oui, nombre de stagiaire pour lequel vous êtes habilité : …………..**

**Nombre de stagiaire faisant l’objet de la présente demande : ………..**

**Etes-vous à jour sur le paiement des cotisations professionnels : Oui Non**

**Date du dernier contrôle d’activité :……………………………………………………… ;**

**(si votre dernier contrôle a été effectué par le H3C, merci de nous adresser une copie des conclusions)**

**Date de la demande : Signature**