



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère chargé
du travail

ATTESTATION DE DETACHEMENT

Attestation relating to the posting of a worker



N° 15553*01

DÉTACHEMENT D'UN TRAVAILLEUR ROULANT OU NAVIGANT DANS
LE CADRE DE L'EXÉCUTION D'UNE PRESTATION DE SERVICES PAR
UNE ENTREPRISE DE TRANSPORT

*POSTING OF A ROAD AND INLAND WATERWAY TRANSPORT MOBILE WORKER IN THE
FRAMEWORK OF THE PROVISION OF SERVICES BY A TRANSPORT COMPANY*

Modèle 1

*A remplir par l'employeur
To be filled out by the employer*

Article R.1331-2 du code des transports

Cette attestation est valable pour une durée maximale de six mois à compter de sa date d'établissement

This attestation is valid for a maximum period of six months after its date of issue

Le formulaire d'attestation est établi en deux exemplaires dont l'un est remis au salarié détaché afin d'être conservé à bord du moyen de transport avec lequel est assuré le service et l'autre est détenu par l'entreprise d'accueil du salarié roulant ou navigant détaché.

The attestation form is drawn up in two copies, one is given to the posting worker to be kept in the vehicle which the service is provided with, the other is kept by the borrowing company of the road or inland waterway transport mobile worker.

Veuillez remplir toutes les rubriques

Please complete all headings

EMPLOYEUR (employer)

Nom ou raison sociale : TROY BG LTD

Business name :

Forme juridique de l'entreprise : OOD LTD

Legal form

Adresse complète dans le pays d'établissement (n°, voie, ville et pays) : 2 RUE YANTRA

Full address in country of establishment (number, street, postal code, town and country):

5300 Gabrovo

Bulgarie

N° de téléphone : 0 8 8 7 3 0 8 4 5 1

Telephone number:

Courriel : troi_eood@abv.b

email :

Références d'immatriculation au registre électronique national des entreprises de transport par route prévu par l'article 16 du règlement européen (CE) n° 1071/2009 du 21 octobre 2009 :

8975

Registration number in the national electronic register of road transport undertakings (regulation (EC) n°1071/2009 of 21 october 2009)

NOM(S) DU/DES ORGANISME(S) DE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE *Name(s) of body/bodies collecting social security contributions*

National Revenue Agency / NAP

5300 Gabrovo

DIRIGEANT(S) DE L'ENTREPRISE Directors(s)**Identité du dirigeant de l'entreprise :***Identity of the company's director:***Nom :** TRIFONOV**Prénom:** PLAMEN*Name:**First name:***Date de naissance :** 27 . 03 . 1972*Date of birth :***Lieu de naissance (ville et pays) :** Gabrovo, Bulgarie*Place of birth (town and country) :***Le cas échéant, identité des autres dirigeants :***Identity of others directors, when applicable :***REPRÉSENTANT EN FRANCE DE L'ENTREPRISE Company's representative in France****Identité du représentant en France :***Identity of representative in France for the period of the service :***Nom ou raison sociale (le cas échéant) :** Move Expert SAS*Name or Business name (when appropriate) :***Prénom :***First name :***Adresse complète postale en France (n°, voie, code postal et ville) :***Full address in France (street number, postal code, town):*

Le Tritium B, 355 Rue Louis de Broglie

13857 Aix en Provence cedex 3

N° de téléphone : 0 4 4 2 9 9 1 1 1 1*Telephone number:***Courriel :** representation.france@move-expert.com*Email :***FRAIS DE VOYAGE, DE NOURRITURE ET, LE CAS ECHEANT, D'HEBERGEMENT
ENGAGÉES PAR JOUR DE DÉTACHEMENT Travel, Meals and Lodging expenses per day of posting****Frais de voyage (cocher la case correspondante) :***Travel costs (Tick the relevant box) :* Prise en charge directe par l'employeur*Directly paid by the employer :* Remboursement des frais avancés par le travailleur*Reimbursement of expenses advanced by the worker :*

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € : Versement d'une somme forfaitaire*Lump-Sum payment :*

Préciser son montant (en euros) : 50 / jour

Specify the amount of the lump-sum, in € :

Frais de nourriture (cocher la case correspondante) :

Meals expenses (check the relevant box) :

Prise en charge directe par l'employeur

Directly paid by the employer :

Remboursement des frais avancés par le travailleur

Reimbursement of expenses advanced by the workers :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Versement d'une somme forfaitaire

Lump-Sum payment :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the lump-sum, in € :

Le cas échéant, frais d'hébergement (cocher la case correspondante) :

Lodging expenses (check the relevant box) :

Prise en charge directe par l'employeur

Directly paid by the employer :

Remboursement des frais avancés par le travailleur

Reimbursement of expenses advanced by the workers :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Versement d'une somme forfaitaire

Lump-Sum payment :

Préciser son montant (en euros) : 31 / nuit

Specify the amount of the lump-sum, in € :

DATE D'EXPIRATION DE L'ATTESTATION (au plus tard 6 mois après sa date d'établissement)

Expiry date of the attestation (no later than six months after its issue)

Date d'expiration (expiry date) : 1 4 . 0 5 . 2 0 1 7

Fait à 14.11.2016 le G. A. B. K. O. V. O.
Signed in _____

Signature et cachet de l'employeur :
Employer's signature and stamp



Annexe
Appendix

INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIE ROULANT OU NAVIGANT DETACHE
Information relating to the mobile posted worker

Cette annexe doit être complétée par l'employeur du salarié roulant ou navigant détaché en France, qu'il soit ressortissant de l'Union européenne ou d'un Etat tiers.
The employer must complete this appendix for the mobile worker posted in France, whether he is a Community or third-country national.

Nom : CHUMKOV Prénom: HRISTO
Name: First name:

Date de naissance : 18 . 10 . 1975 Lieu de naissance (ville et pays) : Gabrovo, Bulgarie
Date of birth: Place of birth (town and country):

Nationalité : Bulgare
Nationality:

Adresse de résidence habituelle : village STROEVTSI, municipalite GABROVO
Address of ordinary residence:
5300 Gabrovo

Bulgarie

Date de signature du contrat de travail : 10 . 11 . 2016
Date of signature of work contract:

Droit du travail applicable au contrat de travail :
Labor law applicable to the work contract:

art.70,al1,et1,art 67,al 1, p.1 du Code du Travail/Bulgarie

Qualification professionnelle : C,CE
Professional qualification:

Taux de salaire horaire brut (converti en euros le cas échéant) : 10EUR

Gross hourly wage (in €)