



DECLARATION DE PERCEPTION DE LA TAXE DE SEJOUR

ETAT MENSUEL

Document à compléter et à retourner à la Mairie de Porto-Vecchio :

AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS SUIVANT

Nom de l'établissement*			
Adresse de l'établissement*			
Nom du gestionnaire*			
Adresse du gestionnaire* (si différente de l'établissement)	Tél.		
	Fax		

Nature de l'établissement	HÔTEL	Classement*		Tarif à appliquer (B)	
---------------------------	-------	-------------	--	-----------------------	--

JOUR	NOMBRE DE PERSONNES LOGÉES			
	PLEIN TARIF	EXONERÉES		
		pers. mineures	travailleurs saisonniers	relogement d'urgence
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
NB TOTAL (A)				
TARIF (B)		* mentions obligatoires		
SOMMES PERCUES (A x B)				

Fait à*
Le

Signature et cachet de l'établissement