



MINISTÈRE EN CHARGE
DU TRAVAIL

ATTESTATION DE DETACHEMENT

Attestation relating to the posting of a worker

Modèle 4

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*

*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

Cette attestation est remise au salarié détaché afin d'être conservée à bord du moyen de transport avec lequel est assuré le service.

This attestation form is given to the posting worker to be kept in the vehicle which the service is provided with.

Veillez remplir toutes les rubriques

Please complete all headings

EMPLOYEUR (employer)

Nom ou raison sociale : EL ROMANO SOLUTIONS ROMAN SOBKOWIAK

Business name :

Forme juridique de l'entreprise : ENTREPRISE INDIVIDUELLE

Legal form :

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

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

15, GABLIN, 63-012, DOMINOWO, POLOGNE

N° de téléphone : +48518717518

Telephone number :

Courriel : elromano@lacus.com.pl

Email :

Numéro d'identification de TVA intracommunautaire : PL7861688958

EU VAT Number :

L'entreprise ne possède pas de numéro d'identification de TVA intracommunautaire :

The company is not required to have a valid intra-EU VAT Number :

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 :

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

-

DIRIGEANT(S) DE L'ENTREPRISE *Directors(s)*

Identité du dirigeant de l'entreprise:

Identity of the company's director

Nom : SOBKOWIAK **Prénom :** ROMAN
Name : _____ *First name :* _____

Date de naissance : 11/01/1992 **Lieu de naissance (ville et pays) :** SRODA WLKP., POLOGNE
Date of birth : _____ *Place of birth (town and country) :* _____

Le cas échéant, identité des autres dirigeants : _____
Identity of others directors, where 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) : CALMEILLE
Name or Business name (when appropriate) : _____

Prénom : AGNIESZKA AGATA
First name : _____

Adresse complète postale en France (n°, voie, code postal et ville) :

Full address in France (number, street, postal code, town) :

27, Henri IV, 93460, GOURNAY SUR MARNE , FRANCE

N° de téléphone : +33 648845579
Telephone number : _____

Courriel : lacus.aga@gmail.com
Email : _____

FRAIS DE NOURRITURE ET, LE CAS ECHEANT, D'HEBERGEMENT ENGAGÉS PAR JOUR DE DÉTACHEMENT *Meals and Lodging expenses per day of posting*

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
- Versement d'une somme forfaitaire
Lump-Sum payment
- Autres modalités de prise en charge
Different situation

Préciser son montant (en euros) : 13,40
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
- Versement d'une somme forfaitaire
Lump-Sum payment
- Autres modalités de prise en charge
Different situation

Préciser son montant (en euros) : _____
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*) : 26/12/2019

Fait à : DOMINOWO le : 11/07/2019 15:18
Signed in : , on :

**Annexe
Appendix**

INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIÉ ROULANT OU NAVIGANT DÉTACHÉ
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 : PAKRZYWA Prénom : KAZIMIERZ
Name : First name :

Sexe : Masculin
Gender :

Date de naissance : 10/01/1974 Lieu de naissance (ville et pays) : -, POLOGNE
Date of birth : Place of birth (town and country) :

Nationalité : POLOGNE
Nationality :

Adresse de résidence habituelle :
Address of ordinary residence :
74, SULISLAWICKA, 62-800, KALISZ, POLOGNE

Date de signature du contrat de travail (ou à défaut début de la relation de travail) : 20/06/2019
Date of signature of work contract / start date of labour relation :

Droit du travail applicable au contrat de travail : CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES TRANSPORTS ROUTIERS
Labor law applicable to the work contract :

Législation de sécurité sociale applicable (1) : POLOGNE
Applicable social security legislation (1) :

Qualification professionnelle : CHAUFFEUR-ROUTIER
Professional qualification :

Taux de salaire horaire brut appliqué pendant le détachement (converti en euros le cas échéant) :
Gross hourly wage for the time of posting (in €)
10,03

(1) Depuis le 1er avril 2017, le formulaire attestant de la législation de sécurité sociale applicable, doit être tenu à disposition des corps de contrôle. Le formulaire A1, lorsque les travailleurs sont soumis aux règlements européens de coordination en matière de sécurité sociale, ou le formulaire "SE" prévu par la convention de sécurité sociale applicable peut être obtenu auprès de l'organisme de sécurité sociale compétent.

(1) Since April 1, 2017, when requested by inspection officials, the employer must present the form on applicable social security legislation for the worker, who perform work in France while belonging to another State's social security system. The A1 form, prescribed by the European regulations, or the SE form, where an international agreement on the coordination of social security system is applicable, are issued by the relevant social security institution.