|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’entreprise** |  | |
| Adresse |  | |
| Code postal, Ville |  | |
| N° Siret |  | |
| Raison sociale |  | |
| **Dirigeant de l’entreprise** | | |
| Nom, prénom |  | |
| Fonction |  | |
| **Contact pour la taxe d’apprentissage** | | |
| Nom, prénom |  | |
| Fonction |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel |  | |
| **Contact pour l’envoi de l’attestation de paiement** | | |
| Si contact différent | | |
| Nom, prénom |  | |
| Fonction |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel |  | |
| **Modalités de paiement** | | |
| Je souhaite que vous soyez bénéficiaire, du quota de 13% de la taxe d’apprentissage pour un montant de       € | | |
| Règlement par chèque | | |
| Règlement par virement sur notre compte bancaire :  TRÉSOR PUBLIC  ÉNSA PARIS BELLEVILLE A/C  FR76 1007 1750 0000 0010 0525 335 - IBAN  TRPUFRP1 - BIC | | |
| Fait à | | Le |
| Signature et cachet |  | |

