|  |  |
| --- | --- |
| **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 PUBLICÉNSA PARIS BELLEVILLE A/CFR76 1007 1750 0000 0010 0525 335 - IBANTRPUFRP1 - BIC |
| Fait à  | Le  |
| Signature et cachet |  |

