

# TAXE D'APPRENTISSAGE 2019



MERCI DE REMPLIR CE FORMULAIRE. NOUS POURRONS AINSI VÉRIFIER QUE VOTRE DÉCISION EN FAVEUR DE NOS ÉTABLISSEMENTS A BIEN ÉTÉ RESPECTÉE.

A renvoyer à : **Institut de Formation en Santé, Secrétariat Général**  
**2 rue Théodore Monod - 59465 Lomme Cedex - Tél : 03 28 36 10 10**

Entreprise : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : .....

Nom de la personne décidant  
du versement de la taxe d'apprentissage : .....

Fonction : .....

E-mail : .....

Nom du contact à IFSanté : .....

S'engage à verser la partie Hors Quota de la taxe d'apprentissage à : *(cocher le ou les établissements)*

- L'Institut de Formation en Soins Infirmiers**
- L'institut de Formation des Aides-Soignants**
- L'institut de Formation des Cadres de Santé**
- L'Ecole de Puéricultrices**

Identifiant national de compte bancaire - RIB				
Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
30027	17411	00029389301	56	EUR
Identifiant international de compte bancaire				
IBAN (International Bank Account Number)				
FR76	3002	7174	1100	0293 8930 156
Domiciliation				
CIC NORD OUEST INSTITUTIONNELS - ASSOCIATIONS 32 AVENUE DE LA MARNE 59447 WASQUEHAL CEDEX Tél : 03-20-12-75-30				

CIC NORD OUEST INSTITUTIONNELS

BIC (Bank Identifier Code)  
CMCIFRPP

Titulaire du compte (Account Owner)  
GPT ECOLES IFSANTE ESF - IFSANTE  
2 RUE THEODORE MONOD  
59160 LOMME

Pour un montant de : .....€

Par l'intermédiaire de l'organisme  
collecteur suivant :

**Sur le bordereau de versement de l'organisme collecteur choisi par votre entreprise,  
merci d'indiquer avec précision le ou les établissements bénéficiaires avec leur adresse complète.**

Fait à : ..... Le : .....

*Signature et cachet de l'entreprise*