**INSTITUTS DE FORMATION
PARAMEDICALE ET DE MAIEUTIQUE**

**TAXE D’APPRENTISSAGE : intention de versement**

Nom de l’entreprise : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Code Postal : ……………………………………………………………………………………………………….

Ville : ……………………………………………………………………………………………………………………

Numéro SIRET : …………………………………………………………………………………………………….

Montant du versement : ……………………….

Institut de formation bénéficiaire : …….........................

Merci de bien vouloir adresser le versement par courrier ou par e-mail à :

***Espace Régional de Formation des Professions de Santé (ERFPS)***

***Madame Valérie LOUIN-DUCRET***

***Directrice référente de l’ERFPS***

***14 rue du Professeur STEWART – 76000 ROUEN***

Téléphone : 02.32.88.59.57.

Courriel : valerie.louin-ducret@chu-rouen.fr

 Date :

Signature et tampon: