

D'APPRENTISSAGE 2022



MERCI DE REMPLIR CE FORMULAIRE. NOUS POURRONS AINSI VERIFIER QUE VOTRE DECISION EN FAVEUR DE NOS ETABLISSEMENTS A BIEN ÉTÉ RESPECTÉE.

A envoyer à : **INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS**
CENTRE HOSPITALIER DU NORD-MAYENNE
229, boulevard Paul Lintier
CS 60102 - 53103 MAYENNE Cedex

Entreprise :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél :

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

Fonction :

E-mail :

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

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 :