



Groupe hospitalier  
Paris Saint-Joseph

**Institut de Formation  
en Soins Infirmiers**

## **IFSI PARIS SAINT JOSEPH TAXE D'APPRENTISSAGE**

### **Fiche versement entreprises**

#### **Coordonnées de l'entreprise**

Raison sociale :  
Adresse :  
Code Postal :  
Ville :

#### **Coordonnées de la personne responsable de la taxe d'apprentissage**

Nom – Prénom :  
Téléphone :  
E-mail :  
Télécopie :

#### **Coordonnées de l'Organisme en charge de collecter la taxe (OCTA)**

Nom de l'organisme :  
Adresse :  
Code Postal :  
Ville :

Montant versé :

- La totalité de votre taxe à répartir (précisez « 100% de la taxe à verser » sur votre bordereau)
- Montant : .....(précisez le montant sur votre bordereau)

**A retourner à**  
**IFSI Paris Saint Joseph**  
**185 rue Raymond Losserand**  
**75674 Paris cedex 14**

**Pour toute autre information, contactez :**

Mme Marie Catherine Bontemps Millet Tél. : 01 44 12 34 64 - Fax : 01 44 12 32 31 Emél : [sifsi@hpsi.fr](mailto:sifsi@hpsi.fr)

Date

**Cachet de l'entreprise**

**\* Merci de joindre une copie de la demande adressée à l'organisme collecteur.**