



**Institut de Formation aux Métiers de la Santé  
du CHU de Montpellier**

1246 ave du Père Soulas  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

## TAXE D'APPRENTISSAGE \*

Je soussigné,

.....

Agissant pour le compte de la Société

.....

Domiciliée

.....  
.....  
.....

Informe le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier de mon intention de procéder à un versement d'un montant de :

.....  
.....

Au titre de la Taxe d'Apprentissage

En faveur de l'Ecole/Institut : .....

N° d'UAI : .....

A....., le .....  
(Signature et cachet commercial)