



UNIVERSITÉ  
**angers**

# CONTRIBUEZ À LA FORMATION DE VOS FUTURS COLLABORATEURS

en versant la taxe  
d'apprentissage

## | Formulaire de versement

A l'attention de Faculté de Santé Département pharmacie

A renvoyer au Service financier à l'attention de **Mme Karine Petitroux**  
par fax : 02 41 73 58 81 par courriel : **karine.petitroux@univ-angers.fr**  
ou par courrier : UFR Santé rue de Haute Reculée 49042 Angers Cedex 01

N'oubliez pas de préciser sur le bordereau de votre organisme collecteur le nom  
de l'établissement bénéficiaire :  
Faculté de Santé **Département pharmacie**

## | Identification de votre entreprise

Nom de l'entreprise : .....

Activité de l'entreprise : .....

Adresse : .....

## | Personne en charge de la Taxe d'apprentissage

Nom/Prénom : .....

Fonction : .....

Tél : ..... Courriel : .....

## | Modalités de versement

Versement par le biais d'un organisme collecteur : .....

Nom de votre organisme collecteur : .....

Adresse : .....

Tél : .....

## | Montant versé au Département pharmacie

au titre du barème (hors quota) pour 2017 : .....

## | A quel titre versez-vous la Taxe d'apprentissage

Accueil de stagiaires  Intervenant dans nos formations  Ancien étudiant

Fournisseur  Autre  Précisez : .....



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS