



TAXE D'APPRENTISSAGE

INTENTION DE VERSEMENT 2020

Nous vous remercions de nous retourner cet imprimé afin d'être informé de votre volonté de nous soutenir.

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ ☎ : _____

Raison sociale : _____ Ville : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

☎ : _____ ☎ : _____

N° SIRET : _____ Code NAF : _____

UAI 0624405 B – NIC 00102 – CODE INTERTAXE.ORG 29G96

_____ a choisi de soutenir l'IFAS de Oignies en versant la Taxe d'Apprentissage **[Catégorie A]**

Montant : _____ euros

Organisme collecteur : _____
(Mention obligatoire)

Le ____ / ____ / ____

Formulaire à retourner par voie postale à :

Groupe AHNAC 9 Place de la 4^e République 62590 OIGNIES

Personne à contacter :

Stéphanie Couvreur au 03 21 79 79 82 ou sur contactC2F@ahnac.com

INSTITUT DE FORMATION AIDE-SOIGNANT
IFAS

9 Place de la 4^e République - 62590 OIGNIES
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

<http://centre-formations.ahnac.com>