**A transmettre à votre cabinet comptable**

**pour le versement de votre taxe d’apprentissage**

**(Salaires 2012)**

**Coordonnées ou cachet de votre Pharmacie**

Entreprise : ………………………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………

Code Postal : …………………………. Ville : ............................................................

Tél : ……………………………………..

N° SIRET : ………………………………………………………………………………………………

**Date et signature**

**Je souhaite que ma taxe d’apprentissage soit versée en faveur du CFA de la Pharmacie Marseille-Provence**

**Veuillez affecter les** :

* **QUOTA**
* **HORS QUOTA CATEGORIE A (Formations de niveau V et IV)**

**à l’ASFOSSS-PACA *(CFA de la Pharmacie)***

**30/38 Rue Bénédit – 13004 – MARSEILLE**

**Code Etablissement : 0131779N**

**SIRET : 453 918 112 00013**