**ENGAGEMENT DE VERSEMENT TAXE APPRENTISSAGE**

Solde de 13% de la taxe destinée à des dépenses libératoires effectuées par l’employeur dédiées au financement des formations technologiques et professionnelles initiales hors apprentissage (ancien hors quota).

*Décret n°2019-1491 du 27 décembre 2019 relatif au solde de la taxe d’apprentissage.*

**Identité de l’entreprise**

Raison Sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Contact :

N° Siren/Siret :

**Etablissement bénéficiaire**

Pôle de Formation des Professionnels de Santé

CHU de Rennes

2 Rue Henri Le Guilloux

35033 Rennes Cedex 9

**Formation (*information obligatoire*)** :

**Code UAI** :

**N° Siret** : 26350007600017

**Contact** : Mme Chanteloup, Assistante de gestion : 02 99 28 93 07 (katell.chanteloup@chu-rennes.fr)

**Versement**

**Montant** de votre versement (net de taxe):

**Date** du versement :

**Virement** :

**Chèque** : **N°** : **A l’ordre du** : *Trésor public*

**Partenariat**

**Acceptez-vous que votre logo soit intégré sur notre page internet** : « nos partenaires taxe apprentissage », si oui, merci de bien vouloir me transmettre votre logo lors de l’envoi de votre engagement de versement taxe apprentissage.