



TAXE D'APPRENTISSAGE
Promesse d'intention de versement
(À nous retourner S.V.P)

Société qui réalisera le versement :

Montant :

NOM :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. :

Fax :

Votre nom :

NOM :

Prénom :

Fonction :

Ligne directe :

Email :

Votre Organisme Collecteur de Taxe d'Apprentissage (OCTA) :

NOM :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. :

Email :

**Renvoyer ce document sans affranchir
à l'adresse :**

Service taxe d'apprentissage
UCPA
Libre réponse 94176
69129 LYON cedex 08

Contact :

François FERNANDEZ
Tél. : 04 72 78 04 54
Fax : 04 78 09 73 02
Mél. : ffernandez@ucpa.asso.fr
www.ucpa-formation.com

**CFA à indiquer comme établissement
bénéficiaire sur votre « déclaration
OCTA » :**

ARFA
29, rue David d'Angers
75019 PARIS

Tél. : 01 42 45 92 25
Fax : 01 42 45 92 35
www.arfa-idf.asso.fr

