**Formulaire de Versement**

**TAXE D’APPRENTISSAGE**

**Entreprise :**

Raison Sociale :

Activité :

Responsable du Versement :

**Adresse :**

Code Postal : Ville :

Tél : Fax :

Mail :

**Taxe versée par l’intermédiaire de l’organisme collecteur :**

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Bien indiquer à votre organisme collecteur la formation bénéficiaire ci-dessous :

**Diplôme d’Etat de docteur en Pharmacie – Catégorie B**

**UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques**

**Université Montpellier**

**Merci de compléter ce document et nous le retourner avant le 28 février 2018**

Par fax au : **04 11 75 93 18**

Par courrier à :

**UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques**

**Service Gestion Financière**

**15 Avenue Charles Flahault**

**BP 14491**

**34093 Montpellier Cedex 5**

Par courriel à : [**pharmacie-gestionfi@umontpellier.fr**](mailto:pharmacie-gestionfi@umontpellier.fr)