Bordereau de Transmission

croix-rouge française

ETABLISSEMENT DE 20 SALARIES OU PLUS

A retourner **avec votre règlement et la copie**
de la Déclaration Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés
(y compris la liste des bénéficiaires)
à l'Association OETH - 94 avenue Félix Faure - 75015 PARIS

Année de référence : 2009

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE (*)

Nom : _____

Adresse : _____

Adresse *(suite) :* _____

Code postal - Ville : |_|_|_|_|_| _____

N°SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Code APE : |_|_|_|_|

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Personne à contacter : _____

(*) Si votre DOETH regroupe plusieurs établissements et/ou services, merci de nous joindre la liste de ces derniers.

MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

Effectif d'assujettissement au 31 décembre 2009 : |_|_|_|_|

Vous êtes redevable de la contribution : OUI ☐ NON ☐

Si OUI : Montant de la contribution : |_|_|_|_|_|_|_|_| , |_|_| €

ASSOCIATION GESTIONNAIRE

Nom : CROIX-ROUGE FRANCAISE

Code postal - Ville : 7 5 6 9 4 PARIS CEDEX 14

Effectif total de l'Association : |_|_|_|_|_|

MODALITÉ DE DÉCLARATION

TÉLÉ-DÉCLARATION ☐ **DÉCLARATION PAPIER** ☐

Chèque ☐ **Montant du chèque joint :** |_|_|_|_|_|_|_|_| , |_|_| **€**
*Etabli à l'ordre de **« l'Association OETH »***

Virement ☐ **Montant du virement :** |_|_|_|_|_|_|_|_| , |_|_| **€**

Date du règlement : |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature :

Merci de rappeler ici votre numéro d'adhérent communiqué dans notre courrier