# Bordereau de Transmission

## 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 : _____

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

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**