

Service Formation Continue

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je, soussigné(e) :

Agissant en qualité de

Représentant l'organisme employeur (Nom de l'entreprise) :

N° SIRET (14 chiffres) :

Adresse :

CP : VILLE :

Téléphone :

Email de contact (**obligatoire pour le suivi des conventions**) :**L'organisme que je représente s'engage à prendre en charge (cochez la/les case(s) ci-après) :**☐ le cout de la formation (tarif formation continue), à hauteur de euros.☐ le montant des droits d'inscription à l'université à hauteur de euros**La prise en charge concerne** M/Mme (NOM, Prénom du stagiaire).....

Date de Naissance : Fonction :

Nom de la formation dispensée par la Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la santé :

.....

Année Universitaire :

Une convention de formation sera établie entre mon organisme et l'université.

Adresse de facturation (si différente de celle de l'entreprise) :

.....

Pour les organismes publics, fournir également un bon de commande.

Fait à, le

Signature

Nom et qualité du signataire :

Cachet de l'entreprise ou organisme