UNIVERSITÉ DE LORRAINE | FACULTÉ DE MÉDECINE / MAÏEUTIQUE / MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY

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