ACCORD POUR LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION
DU-DIU – FQ UFR MEDECINE – 2019-2020

Document à compléter et à retourner au Bureau de la formation continue

Entreprise ou organisme……..
……..……..

Représenté par M…….

SIRET N° **(obligatoire)**……..……

Cas particulier
- Association n'ayant pas de n° de SIRET : code département + n°de déclaration en préfecture
- Commerçants, artisans : n° SIREN

Adresse…….……..
Code postal ……. Ville…….…….
Tel……..….Fax……..
E-mail…….

AUTORISE
M……..……..
Fonction…….……

A suivre à l'université Paris Diderot - Paris 7 - UFR de Médecine
La formation : …….……
Dates …….
Durée de la formation :……heures

Montant des frais de formation pris en charge :
Montant des Frais de dossier : ……300……..…… €
Montant des droits complémentaires: ……..……...€
MONTANT TOTAL PRIS EN CHARGE : …...……..……€

Montant pris en charge par **l'entreprise** : ……..……..……...€
Montant pris en charge par **l'OPCA** : ……..……..……...€
Montant pris en charge par **l'étudiant** : ……..……...……...€

Demande de convention entre l'université et l'employeur OUI NON

Fait à **le**

Nom et qualité du signataire : **Signature**
Cachet de l'entreprise ou organisme