

Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénom :

PRISE EN CHARGE FORMATION CONTINUE 2025 – 2026  
DIU « PATHOLOGIE NEURO-VASCULAIRE (PNV) » **1ère année** (1X069X)<sup>1</sup> : 1.430 €

**PARTIE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

Établissement Public       Établissement Privé       Association

Raison Sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| Ville : \_\_\_\_\_

Tél : |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| E-mail : \_\_\_\_\_

SIRET (**obligatoire**) : |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Identification TVA (VAT) (**obligatoire**) : |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

**Responsable signataire de la convention de formation :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'entreprise/Organisme financeur) : \_\_\_\_\_

Tél : |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| E-mail : \_\_\_\_\_

**PARTIE A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE<sup>2</sup>**

Les informations recueillies sont enregistrées par notre service, uniquement dans le cadre de la contractualisation d'une candidature à une action de formation.  
Elles sont destinées uniquement aux personnes habilitées et sont conservées pour la durée nécessaire.

Madame       Monsieur

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| à : \_\_\_\_\_ Département / Arrondissement |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Nationalité :  Française     autre, préciser : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Tél : |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| E-mail : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|20\_\_\_\_ Fait à : \_\_\_\_\_ Le |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|20\_\_\_\_

**Signature du stagiaire :**

**Signature et cachet obligatoire de l'employeur ou organisme financeur :**

<sup>1</sup>L'organisation du parcours de formation, le nombre de stagiaires pour lequel il est organisé, les conditions générales dans lesquelles la formation est dispensée, les modalités d'évaluation des connaissances ou des compétences, sont indiqués dans la fiche descriptive de la formation consultable sur le site <https://fc.sorbonne-universite.fr/ ecole/faculte-de-medecine/>

<sup>2</sup>La loi n°78-17 du 6 janvier 1978-art. 34 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire, elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès du service des inscriptions. Notre politique complète de confidentialité et de protection des données personnelles est accessible sur le site <https://fc.sorbonne-universite.fr/>

## **FICHE RELATIVE À LA FACTURATION DES FRAIS DE FORMATION**

Toutes les mentions sont obligatoires. Dossier à retourner à l'adresse [fcmedecine@sorbonne-universite.fr](mailto:fcmedecine@sorbonne-universite.fr)

**NOM / Prénom du stagiaire :**

**LE DÉPÔT DE LA FACTURE SUR LA PLATEFORME CHORUS PORTAIL PRO EST OBLIGATOIRE POUR LES ORGANISMES PUBLICS**

**Le bon de commande doit être OBLIGATOIUREMENT transmis avec la convention signée**

Code du Service Exécutant CHORUS PRO :

N° Bon de commande ou engagement juridique :

### **A D R E S S E D E F A C T U R A T I O N**

RAISON SOCIALE:

ADRESSE :

Tél :

E-Mail :

SIRET :

TVA intracommunautaire :

Référence dossier à faire apparaître sur la facture :

Le paiement sera effectué par :  Chèque  Virement

A l'issue de la prestation, après constatation du « service fait », le service de formation médicale continue adressera au Client la facture totale ainsi qu'un certificat de réalisation, conformément aux conditions générales de vente [CGV-RGPD-SORBONNE](#). Pour obtenir une attestation intermédiaire (mensuelle), le stagiaire prendra directement l'attache du secrétariat de la formation. Le stagiaire déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et du règlement intérieur qui sont consultable s sur le site <https://fc.sorbonne-universite.fr/>

### **S I P R I S E E N C H A R G E O P C O**

Si vous souhaitez que votre OPCO nous règle directement les frais de formation, vous devrez impérativement adresser l'accord de prise en charge de l'OPCO avec la convention signée à l'adresse [medecine-FC-Recettes@sorbonne-universite.fr](mailto:medecine-FC-Recettes@sorbonne-universite.fr) avant la fin de la formation. Passé ce délai, l'Agence Comptable de Sorbonne Université vous enverra directement la facture du montant global pour règlement. Dans le cas d'une subrogation de paiement par un OPCO, toute absence du stagiaire dûment constatée durant les périodes de formation à l'université seront facturées au Client.

Votre OPCO :

Adresse :

Tél :

E-mail :

### **DÉDIT ou ABANDON :**

Toute annulation ou abandon du stagiaire/client doit être communiqué par écrit au service de formation médicale continue de Sorbonne Université, plus de 10 jours francs avant le début de la formation. En cas d'abandon pour cause de force majeure dûment constatée par SU-FC (événement imprévisible, insurmontable et extérieur aux parties), la convention pourra être résiliée. Les sommes effectivement dépensées ou engagées pour la mise en œuvre de la formation jusqu'à la date de réception du courrier LR AR seront dues, calculées au prorata temporis.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|20\_\_\_\_|

**Signature et cachet obligatoire de l'employeur :**

**Dossier à retourner en version électronique à l'adresse [fcmedecine@sorbonne-universite.fr](mailto:fcmedecine@sorbonne-universite.fr)  
Joindre obligatoirement l'autorisation pédagogique (délivrée par l'enseignant)**