

<b>D372</b>	<b>CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</b>	
Nom :	Prénom :	
Financier N° :	Stagiaire N° :	Convention N° : 21



## DOSSIER DE PRISE EN CHARGE 2021 – 2022

### DU/DIU « THERAPEUTIQUE MEDICALE ET MEDICAMENTS CHEZ LES PERSONNES AGEES »

Montant (par stagiaire) : **1.540 €**

#### PARTIE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Ets Public   
 Entreprise Privée   
 Association   
 Organisme tiers (préciser) :

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

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

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

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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 : \_\_\_\_\_

Fait à

Le |\_|\_|\_|\_|20\_\_

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

## PARTIE A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Les informations ici 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 d'usage : \_\_\_\_\_

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : |\_|\_|\_|\_| à : \_\_\_\_\_ Département (France uniquement) : |\_|\_|

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

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

\_\_\_\_\_

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail : \_\_\_\_\_

Tél. prof : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail prof : \_\_\_\_\_

---

### ENGAGEMENT DE PARTICIPATION A L'ACTION DE FORMATION

**i** Conformément à la réglementation de la Formation Continue de Sorbonne Université, la présence du stagiaire aux cours est OBLIGATOIRE. Ce dernier devra impérativement, pour chaque demi-journée, signer les feuilles d'émargement qui justifieront de sa présence en formation. **Si, par suite de force majeure dûment reconnue**, le stagiaire est empêché de suivre la formation, seules les prestations effectivement dispensées seront dues au prorata temporis. **Le montant correspondant aux absences ne relevant pas d'un cas de force majeure demeurera intégralement exigible.**

Fait à

Le |\_|\_|\_|\_|20|\_|\_|

Signature du stagiaire

(avec la mention Lu et Approuvé) :

## FICHE RELATIVE À LA FACTURATION DES FRAIS DE FORMATION

D372

NOM / Prénom du stagiaire :

Convention N° : 21

### RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE :

RAISON SOCIALE :

Adresse :

**RENSEIGNEMENTS PORTAIL CHORUS PRO** .....  OUI  NON

*Si oui, le bon de commande devra être transmis avec la convention signée.*

SIRET du destinataire de la facture :

Code du Service Exécutant CHORUS PRO :

N° Bon de commande ou engagement juridique :

### FACTURATION

Nom et adresse de facturation si différente :

Téléphone :

E-Mail :

SIRET :

TVA intracommunautaire:

**Vous souhaitez (une seule case à cocher) :**

- 1 facture correspondant à 30% du montant, à régler avant le 31 décembre (solde à régler en fin de formation).  
 1 facture en fin de formation

Référence dossier à faire apparaître sur la facture :

Le paiement sera effectué par :  Chèque  Virement

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 au service « Facturation » du service de Formation Continue [medecine-FC-Recettes@sorbonne-universite.fr](mailto:medecine-FC-Recettes@sorbonne-universite.fr) . Passé ce délai, la facture du montant global vous sera directement adressée pour règlement.

### SI PRISE EN CHARGE OPCO

Votre OPCO :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

### DÉDIT ou ABANDON :

Toute annulation ou abandon du stagiaire doit être communiqué par écrit au service de formation continue de Sorbonne Université. En cas de renoncement de la part du client, plus de 10 jours francs avant le début de la formation, l'université pourra réclamer 10% du montant total des frais de formation, à titre de dédommagement. 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. Dans le cas d'une demande de prise en charge en subrogation de paiement par un OPCO, toute absence du stagiaire dûment constatée durant les périodes de formation à l'université seront facturées au Client.

Fait à

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

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

**DOSSIER À RETOURNER COMPLÉTÉ DANS SA VERSION ÉLECTRONIQUE UNIQUEMENT**

à l'adresse [fcmedecine@sorbonne-universite.fr](mailto:fcmedecine@sorbonne-universite.fr)

**PIECE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

- Autorisation d'inscription pédagogique (délivrée par l'enseignant)

**ATTENTION ! CE DOSSIER NE VAUT PAS INSCRIPTION !**

**AUCUN ENVOI DE CHEQUE AVEC CE DOSSIER**

Pré-inscription en ligne obligatoire sur la plateforme « E-candidat » :

<https://candidatures-2021.sorbonne-universite.fr>

Pour plus d'informations consultez le site :

<https://sante.sorbonne-universite.fr/formations/inscriptions/inscriptions-3e-cycle-de-medecine/inscriptions-en-du-diu>

**ORGANISATION DU PARCOURS DE FORMATION**

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/>

**CONDITIONS GENERALES DE VENTE ET REGLEMENT INTERIEUR**

Le stagiaire déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et du règlement intérieur qui sont consultables sur le site <https://fc.sorbonne-universite.fr/>

**INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

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/>

**Coordonnées des gestionnaires formation:**

☎ : 01 44 27 82 47 (49 ou 45)

Fax : 01 44 27 82 95

Email : [fcmedecine@sorbonne-universite.fr](mailto:fcmedecine@sorbonne-universite.fr)

**Facturation / Convention de formation :**

☎ : 01 44 27 50 34

Email : [medecine-FC-Recettes@sorbonne-universite.fr](mailto:medecine-FC-Recettes@sorbonne-universite.fr)

**Adresse postale et accueil du public :**

Sorbonne Université - Formation Continue  
Pôle DU-DIU Santé  
4, Place Jussieu – BC 1520  
Tour 14/24 – Bureau 407  
75252 PARIS Cedex 5

**N° déclaration d'activité :** 11755709875

**SIRET :** 130 023 385 00011