Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénom :

SANTÉ SORBONNE UNIVERSITÉ

PRISE EN CHARGE FORMATION CONTINUE 2024 – 2025

DIU « **MÉDECINE MANUELLE OSTÉOPATHIE MÉDICALE** » **3ème année** (3X276X)[1] **:** 1.665 €

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[2]

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___

Signature du stagiaire :

Fait à : _____Le |___|___|20___

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

[1] 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/

[2] 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

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 OBLIGATOIREMENT transmis avec la convention signée
Code du Service Exécutant CHORUS PRO :
N° Bon de commande ou engagement juridique :
ADRESSE DE FACTURATION
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/

SI PRISE EN CHARGE OPCO

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 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 (évènement 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
Joindre obligatoirement l'autorisation pédagogique (délivrée par l'enseignant)