

Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénom :

PRISE EN CHARGE 2026 – 2027
DU/DIU « THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR
CHRONIQUE » (1X213X)¹ : **1.430 €**

SAISIE AU CLAVIER OBLIGATOIRE

À retourner à fcmedecine@sorbonne-universite.fr avec l'autorisation pédagogique

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 fonction : _____

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail : _____

PARTIE A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE²

☐ 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 :**

¹L'organisation du parcours, le nombre de stagiaires, les conditions de formation et les modalités d'évaluation sont précisés dans la fiche descriptive disponible sur le site : <https://fc.sorbonne-universite.fr/ecole/faculte-de-medecine/>.

²Les 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.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données auprès du service des inscriptions. La politique complète de confidentialité est consultable sur le site : <https://fc.sorbonne-universite.fr/>

FICHE RELATIVE À LA FACTURATION DES FRAIS DE FORMATION

Dossier à retourner à l'adresse fcmedecine@sorbonne-universite.fr

NOM / Prénom du stagiaire :

SI PRISE EN CHARGE OPCO

Pour permettre le règlement direct par l'OPCO, l'accord de prise en charge doit impérativement être établi à l'ordre de Sorbonne Université, accompagné de la convention signée, adressé à medecine-FC-Recettes@sorbonne-universite.fr **AVANT LA FIN DE LA FORMATION**. À défaut, la totalité des frais sera facturée au Client, qui reste responsable du règlement. En cas de subrogation, toute absence du stagiaire dûment constatée sera facturée au Client.

Votre OPCO :

Adresse :

Tél :

E-mail :

POUR LES ORGANISMES PUBLICS : DÉPÔT DE LA FACTURE OBLIGATOIRE SUR CHORUS

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 DU CLIENT

RAISON SOCIALE:

ADRESSE :

Tél :

E-Mail :

SIRET :

TVA intracommunautaire :

Référence dossier à faire apparaître sur la facture :

Le paiement sera effectué par : ☐ Chèque ☐ Virement

JUSTIFICATIFS DE PRÉSENCE ET CERTIFICAT DE RÉALISATION

Aucune attestation ni facture intermédiaire ne sera produite par année civile. Conformément aux [CGV-RGPD-SORBONNE](#) de la Formation Continue de Sorbonne Université, seul un certificat de réalisation récapitulatif sera délivré **EN FIN DE FORMATION**, après constatation du « service fait ». Ce document sera transmis avec la facture globale pour constituer le justificatif officiel de réalisation de l'action de formation. Pour obtenir une attestation intermédiaire (mensuelle), le stagiaire prendra directement l'attache du secrétariat pédagogique de la formation. 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/>

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 :