

NOM :

Prénom :

Financeur N° :

Stagiaire N° :

Convention N°



## DOSSIER DE PRISE EN CHARGE 2020 – 2021

**DU/DIU « CHIRURGIE RECONSTRUCTRICE PRE ET PERI IMPLANTAIRE ORALE »**

**2.000 €(droits d'enseignement) +**

**243 € OUI NON\* (droits universitaires)**

**\*COCHER OBLIGATOIREMENT LA CASE QUI CONVIENT**

### 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**





**REPLIR AU FORMAT ELECTRONIQUE UNIQUEMENT ET RENVOYER PAR MAIL, À**

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

Page 1 - Partie employeur - Montants des droits pris en charge.

Page 2 - Partie stagiaire

Page 3 - Partie facturation

Copie de l'autorisation pédagogique

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

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

<https://ecandidat.sorbonne-universite.fr>

Puis sur le site de la Faculté de Médecine :

<https://medecine.sorbonne-universite.fr/inscriptions/inscriptions-3eme-cycle-de-medecine/inscription-du-et-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 [www.fc.sorbonne-universite.fr](http://www.fc.sorbonne-universite.fr)

#### **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 [www.fc.sorbonne-universite.fr](http://www.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 [www.fc.sorbonne-universite.fr](http://www.fc.sorbonne-universite.fr)

#### **Coordonnées des gestionnaires formation:**

☎ : 01 44 27 82 45 (47 ou 49)

Fax : 01 44 27 82 95

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

#### **Facturation / Convention de formation :**

☎ : 01 44 27 82 42

Fax : 01 44 27 82 95

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

#### **Accueil du public :**

Sorbonne Université  
Tour 14/24 - 4ème étage  
Formation Continue - Bureau 407  
4 Place Jussieu  
75005 PARIS

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

**SIRET :** 130 023 385 00011