

NOM :

Prénom :

Financeur N° :

Stagiaire N° :

Convention N°



DOSSIER DE PRISE EN CHARGE 2020 – 2021

DU/DIU « PATHOLOGIES CHROMOSOMIQUES ACQUISES »

1.200 €(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

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

Le |_|_|_|_|20__

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 usuel : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

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

Nationalité : Française autre, préciser _____

Adresse personnelle : _____

Tél : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : _____


Formation initiale (indiquer le dernier diplôme obtenu, hors D.U.) : _____

Situation actuelle : Demandeur d'emploi Salarié (préciser) : _____

Tél. prof : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail prof : _____

ENGAGEMENT DE PARTICIPATION A L'ACTION DE FORMATION

 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.**

Signature du stagiaire
(avec la mention Lu et Approuvé) :

Fait à
Le |__|_|_|20__

PARTIE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Cadre réservé à l'administration : D389

Convention N°

MODALITÉS DE RÉGLEMENT

A réception de ce dossier, il vous sera adressé une convention de formation professionnelle, à retourner signée en 2 exemplaires et accompagnée d'un bon de commande pour édition de la facture.

ATTENTION ! AUCUN ENVOI DE CHEQUE AVEC CE DOSSIER,

RÈGLEMENT (PARTIE OBLIGATOIRE)

Nom et adresse de facturation : Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ E-Mail : _____ SIRET : _ TVA : _	Envoi de la facture à une adresse différente (préciser)
--	--

Référence dossier à faire apparaître sur la facture : _____

Le paiement sera effectué par : Chèque virement

ⓘ Si les frais de formation sont pris en charge par un Opérateur de Compétence, vous devez impérativement adresser l'accord de prise en charge de l'OPCO, à notre service « Facturation » kianoush.colin@sorbonne-universite.fr, avant le 1er jour de formation. Passé ce délai, la facture du montant global vous sera directement adressée pour règlement.

Préciser l'organisme de subrogation : _____

DÉDIT ou ABANDON

Toute annulation ou abandon du stagiaire doit être communiqué par écrit au service de formation continue de Sorbonne Université. En cas d'inexécution totale due au 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'inexécution totale due au renoncement à l'action de formation de la part du client, moins de 10 jours francs avant le début de la formation, l'université pourra réclamer 30% 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 (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. 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 / organisme financeur**

REPLIR AU FORMAT ELECTRONIQUE UNIQUEMENT ET RENVOYER PAR MAIL, À

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

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

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

Coordonnées des gestionnaires formation:

☎ : 01 44 27 82 45 (47 ou 49)

Fax : 01 44 27 82 95

Email : 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

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