

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

N° de SIRET complet (14 chiffres) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Forme juridique : Privé Public

S'ENGAGE A REGLER L'INSCRIPTION SOUSCRITE AU BENEFICE DE L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON1 :

NOM du stagiaire :

Prénom du stagiaire :

À la formation, intitulé exact :Journée régionale en hygiène.....

Date(s) de la formation :03 mai 2012.....

Pour un montant de :75 €.....

Adresse de convention :

Adresse de facturation :

.....

.....

Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, ...) joindre un justificatif

Correspondant, Nom :

Téléphone :

En cas d'absence, d'abandon ou de carence ultérieure de l'organisme financeur, pour quelque raison que ce soit, le stagiaire dans le cas du congé individuel de formation : CIF, ..., ou l'employeur dans le cas d'une prise en charge de la formation continue, s'engage à régler le solde de la formation.

<p>Tampon de la société :</p>	<p>Date :</p> <p>Signature du Responsable :</p>	<p>Signature du stagiaire :</p>
--------------------------------------	---	--