

STAGIAIRE : Toutes les mentions sont obligatoires, sous peine de non validation de la prise en charge par l'OGDPC

Mme M. NOM : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Adresse obligatoire :

Code postal : Ville :

Tél. portable : Tél. professionnel :

Email obligatoire (pour envoi convocation) :

Profession :

Mode d'exercice dominant (>50%) : Salarié Libéral Hospitalier
 Salarié d'un centre conventionné Service de santé des armées Mixte

N° RPPS ou ADELI : N° de département de votre ordre compétent :

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de cette/ces formation(s) :

INTITULE EXACT DE LA FORMATION :	Dates	Tarifs

REGLEMENT

- Inscription à titre individuel, **joindre votre règlement (chèque à libeller à l'ordre de M. l'Agent comptable UCBL)**
- Inscription en parallèle sur le site de l'OGDPC, cette formation sera prise en charge par l'OGDPC dans la limite de mon forfait DPC disponible, ne pas joindre de règlement sauf si le forfait est insuffisant et/ou en cas de non règlement de l'OGDPC
- Inscription prise en charge par l'employeur, **renseigner l'attestation de prise en charge financière ci-dessous**

EMPLOYEUR : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je soussigné(e) agissant en qualité de :

Pour le compte de :

S'engage à régler à l'université Claude Bernard Lyon 1 l'inscription mentionnée ci-dessus :

Pour un montant de :

Numéro de SIRET de l'établissement : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| privé public

Adresse de convention :
.....
.....

Nom du correspondant :

Tél :

Mail :

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

Tél :

Mail :

Date Signature du stagiaire Nom, signature et cachet de l'employeur