

Accord de prise en charge employeur 2016/17

ENTREPRISE (*en toutes lettres*) :

Nom du Directeur (*obligatoire*) :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° SIRET (*obligatoire*) :

- Association n'ayant pas de n° de SIRET : code département + n° de déclaration en préfecture

- Commerçants, artisans : n° SIREN.

Personne en charge du dossier (FC) :

Nom : Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Courriel :@.....

Souhaitez-vous être informé(e) des actualités sur nos formations en recevant notre newsletter ?

oui

non

1 – autorise :

M. – Mme

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. perso. : Profession :

à suivre à l'Université Paris Diderot Paris 7 - UFR d'Études psychanalytiques :

la formation :

Dates : Durée de la formation : heures

II - s'engage à régler les frais pédagogiques :

Les droits d'inscription sont directement réglés par le stagiaire. Il lui sera remis une attestation de paiement permettant un éventuel remboursement de votre part.

Les frais pédagogiques :€

La facture établie par l'Université devra être envoyée à l'adresse suivante :

.....
.....

Fait à

Le :

Université Paris Diderot Paris 7

UFR d'Études psychanalytiques

Service Formation continue

Case 7058

75205 Paris cedex 13

e-mail : dfp.psycho@univ-paris-diderot.fr

Tél : 01.57.27.63.54 / 63.94 / 63.96

Cachet de l'entreprise
et signature du responsable

OBLIGATOIRE

Déclaration d'activité n° 1175 POO 1175

SIRET : 197 517 238 006 59