

## 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