

Accord de prise en charge employeur 2016/17

ENTREPRISE (en toutes lettres) :

Nom du Directeur :

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 :@.....

Souhaiteriez-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 qualifiante :

Dates : Durée de la formation : heures

II - s'engage à régler les frais de formation

Soit :€

La facture établie par l'Université devra être envoyée à l'adresse suivante (si différente) :

.....
.....

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 : 01.57.27.63.94 / 63.96 / 63.54

Cachet de l'entreprise
et signature du responsable
OBLIGATOIRE

Déclaration d'existence n° 1175 POO 1175

SIRET : 197 517 238 006 59