

“ Le stagiaire

Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Age : Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de naissance : Pays : Ville (et département) :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Téléphone : _____ Portable : _____

E-mail (obligatoire) :

Le Pôle Formation Santé est charté H+, agréé par la Région Auvergne Rhône-Alpes, pour l'accueil de personnes en situation de handicap. Le stagiaire possède-t-il une RQTH ? Oui Non

“ L'établissement

Nom de l'établissement :

Nom du représentant :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Téléphone : _____ E-mail :

Personne à contacter pour l'évaluation en milieu professionnelle :

Nom : Fonction :

“ Facturation

Paiement direct par l'entreprise

Facturation à adresser à (si différente du siège social ou de celle à faire figurer sur la convention de formation) :

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Nom et prénom de la personne en charge du dossier :

Fonction :

Téléphone : _____ E-mail :

Subrogation par OPCA

Précisez l'OPCA :

Pour toute prise en charge totale ou partielle par un organisme financeur, nous faire parvenir son contrat de prestation de service. Le montant non pris en charge sera réglé par le signataire de la présente offre.

Document à retourner au Pôle Formation Santé :

Pôle Formation Santé - Site GREENOPOLIS - 16 rue Berjon 69009 LYON
Pool Administratif Formations Longues - Tél. : 04 37 46 18 40 - Fax : 04 78 89 67 25
E-mail : formation.longue@poleformation-sante.fr - www.poleformation-sante.fr