

SESSION LYON – DU 5 FEVRIER AU 18 MAI 2018

SESSION MONTPELLIER – DU 9 AVRIL 2018 AU VENDREDI 6 JUILLET 2018

SESSION PERPIGNAN – DU 10 SEPTEMBRE 2018 AU 11 JANVIER 2019

SESSION SALON-DE-PROVENCE – DU 1^{ER} OCTOBRE 2018 AU 8 FEVRIER 2019

« 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 :

Diplôme obtenu : DEAS DEAMP

« L'établissement »

Nom de l'établissement :

Numéro SIRET :

Nom du Directeur / Responsable : Fonction :

Nom du responsable de la formation : Fonction :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Téléphone : _____ E-mail :

« Facturation »

Tarif formation (140h soit 20 jours) : 1 820 € net de TVA

Repas participant : 18 € par jour et par personne

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.

Attention, sans ce document, la facture sera directement adressée à votre établissement.

Document à retourner au Pôle Formation Santé :

Pôle Formation Santé - Site GREENOPOLIS – 16 rue Berjon 69009 LYON

Marie-Lucie DURY - *Coordinatrice Pool Administratif* - Tél. : 04 37 46 18 61 - Fax : 04 78 89 67 25

E-mail : m.dury@poleformation-sante.fr - www.poleformation-sante.fr