

SESSION LYON – DU 11 FEVRIER AU 28 JUIN 2019
SESSION PERPIGNAN – DU 25 MARS AU 5 JUILLET 2019
SESSION LYON – DU 17 JUIN AU 22 NOVEMBRE 2019
SESSION MONTPELLIER – DU 16 SEPTEMBRE AU 10 JANVIER 2020
SESSION LYON – DU 16 SEPTEMBRE 2019 AU 17 JANVIER 2020

“ 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

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 :

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