


DEMANDE D'INSCRIPTION A UNE FORMATION

- AVEC PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION
 SANS PRISE EN CHARGE

AUTORISE L'AGENT

Madame Monsieur NOM et PRENOM :

N° INSEE : Profession :

 : @ :

Activités principales/profession

Objectifs visés en demandant cette formation :

A SUIVRE A L'UNIVERSITE DE PARIS - UFR SCIENCES DU VIVANT

LA FORMATION INTITULEE : Chromatographie Haute Pression en phase liquide (HPLC/UFLC)

Dates : 27 au 30 mai 2024 - **Durée** : 4 jours / 28 heures

- Tarif employeur** : 2 140 euros
 Financement à titre individuel sans prise en charge : 1 017 euros

A REMPLIR SI PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION PAR

L'ORGANISME (OPCO ou autre)/L'ENTREPRISE :


N° SIRET ou TVA : Activité :

Adresse : n°

Code postal : Ville :

Personne à contacter : Madame Monsieur Nom et prénom :

Qualité :

 : @ :

La facture établie par l'Université devra être envoyée

par courrier à l'adresse suivante :

et/ou par mail à l'adresse suivante :

Après réception de ce document rempli et signé, une convention de formation sera établie.

A cet effet, veuillez préciser SVP le nom et prénom du signataire de la convention

ainsi que sa qualité

Fait à : Cliquez ici pour entrer du texte.

Le : Cliquez ici pour entrer du texte.

SIGNATURE et CACHET DE L'EMPLOYEUR

SIGNATURE STAGIAIRE