

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 :

Adresse :

 : @ :

Activités principales/profession et curriculum vitae

Objectifs visés en demandant cette formation :

.....

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

LA FORMATION INTITULEE : Cytométrie en flux 1 : De l'échantillon cellulaire à l'analyse de résultats

Dates : 12-16 mai 2025 - Durée : 5 jours/35 heures

Tarif employeur : 2 408 euros

Financement à titre individuel sans prise en charge : 1 057 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