

## 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 : **De l'immunologie à l'immunothérapie**

Date : 22/01/2024 au 26/01/2024 - Durée : 5 jours / 35 heures

Tarif employeur : 2 087 euros

Financement à titre individuel sans prise en charge : 978 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