

**DIRECTION DE LA FORMATION CONTINUE
ENGAGEMENT FINANCIER - Tiers**

Mme M.

Nom d'usage : Nom patronymique: Prénom:

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél.: Mél.:

INTITULE DE LA FORMATION : Préciser l'option / parcours / année/ lieu

-

PRISE EN CHARGE DU COUT DE FORMATION : les tarifs sont consultables sur www.unilim.fr/dfc

coût de formation réglé par un tiers (Employeur, OPCA, Pôle Emploi...) - Tarif : €

Nom ou raison sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Mél :

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom/Prénom du signataire de la convention :

Fonction du signataire de la convention :

Catégorie Socio-professionnelle du stagiaire : Salarié (privé ou public) Demandeur d'emploi

Règlement de la facture : par l'employeur par l'OPCA : (joindre l'accord de subrogation)

Cachet et signature de l'employeur : A, le

NB : La facturation interviendra à terme échu de la formation