

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

A remplir par l'employeur

Je soussigné (e) : .....

Agissant en qualité de : .....

Représentant l'organisme employeur (nom de l'établissement) : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Email de contact : **(obligatoire pour le suivi des conventions)** : .....

L'organisme que je représente s'engage à prendre en charge :

Les frais d'inscriptions de €

La prise en charge concerne M/Mme (NOM, prénom du stagiaire) .....

Date de Naissance : ..... Fonction : .....

Une convention de formation sera établie entre l'employeur et le Centre de Formation Permanente du CHU de Nantes.

Fait à ....., le .....

Cachet de l'employeur

Signature

Document à renvoyer par mail à [bp-cfp@chu-nantes.fr](mailto:bp-cfp@chu-nantes.fr)