

Engagement de l'organisme payeur

Je soussigné(e) :

Fonction :

Téléphone :

Représentant (nom et adresse du service ou de l'organisme payeur) :

Accepte la prise en charge des frais d'inscription (montant : _____ euros)

de Monsieur ou Madame :

à la formation :

qui se déroulera à _____ aux dates suivantes :

Bon pour accord, le _____ à _____

Signature

Cachet du service ou de l'organisme payeur

Votre inscription ne sera définitivement prise en compte qu'à réception du bulletin d'inscription rempli et signé, accompagné de l'engagement de l'organisme payeur également rempli et signé ou d'un devis signé à formation@afdnet.net

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'Afdet - 88 rue de la Roquette - CS 20013 - 75544 Paris Cedex 11 - formation@afdnet.net

Association francophone pour le développement de l'éducation thérapeutique
→ 88 rue de la Roquette – CS 20013 - 75544 PARIS Cedex 11 Tél. 01 40 21 60 74
e-mail afdnet@afdnet.net site <http://www.afdnet.net>