

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Au titre de l'année universitaire 2020/2021

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de :

NOM DE L'ENTREPRISE/ETABLISSEMENT/

N°SIRET complet (14 chiffres) :
.....

S'engage à prendre en charge le paiement du coût de formation de l'étudiant :

Nom :

Prénom :

Pour le diplôme suivant : **D.E. INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE**

Lieu de la formation : **UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR – FACULTÉ DE MÉDECINE**

Dates de formation :

Le coût de cette formation inclut les droits d'inscription universitaires pour l'année universitaire 2020/2021 (fixés chaque année par arrêté ministériel) et les frais pédagogiques pour un montant de :

6 000.00€ par an

Adresse de facturation :
.....
.....

Responsable de l'entreprise ou de l'établissement :

Correspondant :Nom :

Téléphone:

Adresse e-mail :

Cachet de l'entreprise : Fait à :

Le :

Signature du Responsable de l'entreprise ou de l'établissement :