

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE
Au titre de l'année universitaire 2021/2022

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 2021/2022
(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 :