

**Nom et prénom du candidat :** \_\_\_\_\_**RENSEIGNEMENTS : FICHE DE FINANCEMENT ENTREPRISE ET/OU OPCO**

**Dans le cadre d'un financement établissement** : La convention de formation est obligatoirement signée avec votre employeur, mais la formation peut être réglée pour tout ou partie par un tiers (OPCO, Groupe, ...).

Pour les organismes tels que les OPCO, les réponses des demandes de financement doivent être communiquées avant l'entrée en formation. Dans le cadre d'une subrogation de paiement, un avenant financier devra être annexé à cette réponse.

**RENSEIGNEMENTS ÉTABLISSEMENT :**

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Représentée par : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Numéro SIRET : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| Code NAF/APE : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

N° de TVA intracommunautaire : \_\_\_\_\_ Forme Juridique : \_\_\_\_\_

**INTERLOCUTEURS ÉTABLISSEMENT :****Signataire de la convention de formation :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| Mail : \_\_\_\_\_

**Responsable du suivi du dossier de formation :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| Mail : \_\_\_\_\_

**SI PRISE EN CHARGE OPCO**

Souhaitez-vous que votre OPCO nous règle directement les frais de formation ? (subrogation de paiement)

 OUI  NON  Non pratiqué par mon OPCO\***Attention, tous les organismes financeurs ne pratiquent pas la subrogation de paiement.****Merci de vous renseigner auprès de votre OPCO en amont.**

Nom de l'OPCO : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| Mail : \_\_\_\_\_

**FACTURATION**

Adresse de facturation si différente de l'adresse de l'établissement :

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Prise en charge :  totale  partielle \* *\*Si partielle indiquez le montant :* \_\_\_\_\_**Facturation de la formation :** totalité en fin de formation (échéance novembre 23) à une autre période de l'année civile (à préciser sur l'attestation de prise en charge de l'entreprise)**Joindre obligatoirement à cette fiche une attestation de prise en charge financière tamponnée et signée de l'employeur ou de l'organisme de prise en charge.**

Nom et prénom du candidat : \_\_\_\_\_

**Uniquement pour les organismes publics :**

Code de service CHORUS PRO :  OUI  NON

Si oui, n° : \_\_\_\_\_

Si non, il faudra nous indiquer dans l'attestation de financement que vous n'avez pas de n° CHORUS PRO.

N° bon de commande ou engagement juridique :

\_\_\_\_\_

Le bon de commande sera à transmettre avec la convention signée.