## Attestation de prise en charge d’une action de formation

**Formation :**

Interprofessionnalité et soins non programmé au sein d’une CPTS ou en équipe de soins primaires

Appui à la construction et à la mise en œuvre de projet d’exercice coordonné

**Dates & lieu :** ……………………………………………………………………………………………..

### FINANCEUR

Dénomination :

Adresse :

Code postal

Ville

Mail :

Téléphone

# BENEFICIAIRE DE L’ACTION DE FORMATION

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Mail :

Téléphone :

*Je soussigné …………………………………………… représentant le* ***financeur*** *cité ci-dessous en qualité de……………………………………………………………………*

*Atteste de la prise en charge par l’entreprise / l’association du coût de la formation pour le* ***bénéficiaire*** *de l’action de formation selectionné ci-dessous.*

En totalité, soit 500€ TTC pour « Interprofessionnalité et soins non programmé au sein d’une CPTS ou en équipe de soins primaires »

En totalité, soit 250€ TTC pour « Appui à la construction et à la mise en œuvre de projet d’exercice coordonné »

Fait le : ………………………………………………………….

A : …………………………………………………………………

Cachet de l’organisme & signature obligatoire.