

SUBROGATION

Société :

Adresse :

Contact :

N° Tél contact :

E-mail contact :

Autorise AUVICOM à régler directement l'organisme suivant :

Organisme de formation :

Adresse :

Nom du contact :

N° Tel contact :

E-mail contact :

Personne(s) concernée(s) :

Dates de début et de fin de la formation :

Coût HT :

**Les règlements seront effectués dans la limite du montant de l'accord de prise en charge d'AUVICOM sur justificatifs de présence.
Les heures d'absence injustifiées ne seront pas prises en charge.**

Date, signature et cachet de l'entreprise