

# CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Entre :

..... situé(e) à l'adresse suivante  
.....

ci-après dénommé le bénéficiaire,

et

**l'Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie**, numéro d'agrément d'organisme de formation **82 69 067 63 69**, dont le siège social est situé à l'Hôpital de la Croix Rousse - 103 grande rue de la croix rousse - 69004 Lyon,

ci-après dénommé l'organisme de formation,  
il est convenu ce qui suit.

## ***I – OBJET, NATURE, DUREE ET EFFECTIF DE LA FORMATION***

En application de l'article L. 6353-1 du Code du travail, les actions de formation professionnelle mentionnées à l'article L. 6313-1 du Code du travail doivent être réalisées conformément à un programme préétabli qui, en fonction d'objectifs déterminés, précise les moyens pédagogiques, techniques et d'encadrement mis en œuvre ainsi que les moyens permettant de suivre son exécution et d'en apprécier les résultats.

Le bénéficiaire entend faire participer une partie de son personnel à la session de formation professionnelle organisée par l'organisme de formation dont l'intitulé est :

### **7<sup>e</sup> Congrès national de la Société française de tabacologie De la Clinique à la Recherche**

Le préprogramme de l'action de formation est téléchargeable sur [www.csft2013.fr](http://www.csft2013.fr). L'organisme de formation ne saurait être tenu pour responsable si une (ou plusieurs) des sessions prévues dans le préprogramme devait être modifiée(s), remplacée(s) ou assurée(s) par un autre intervenant que celui initialement prévu. Ces éventuelles modifications ne sauraient en aucun cas constituer un motif de renoncement de la part de l'entreprise bénéficiaire.

Date de la formation : **du 24 octobre 2013 (8h45) au 25 octobre 2013 (17h30), soit une durée totale de 14h30.**

Lieu de la formation : **Polydome, Place du 1<sup>er</sup> mai, 63050 Clermont-Ferrand**

## ***II – ENGAGEMENT DE PARTICIPATION***

Le bénéficiaire s'engage à assurer la présence du (des) participant(s) suivant(s) aux dates, lieux et heures prévus ci-dessus.

<b>Mme Mr</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### **III – PRIX DE LA FORMATION**

Le coût de la formation, objet de la présente, s'élève à :

400 euros par participant.

Cette somme couvre l'intégralité des frais engagés de l'organisme de formation pour cette formation et comprend les frais d'inscription. Elle n'inclut pas le repas du jeudi 24 octobre (midi) et du vendredi 25 octobre 2013 (midi).

Le montant total dû par le bénéficiaire pour cette formation est donc de :

400 euros x ..... participant(s), soit ..... TTC

Le règlement s'effectue soit par **chèque bancaire** à la ordre de IRAAT CSFT2013 (à adresser à PubliClin' / Congrès SFT 2013 / Inscriptions - 84 avenue de la République - CS 40701 - 63050 Clermont-Ferrand) soit par **virement bancaire** à réception de facture sur le compte de l'IRAAT dédié au :

**IRAAT- 7<sup>ème</sup> Congrès CSFT – Inscription formation Continue**

**Banque : 10278 - Code Guichet : 07319 - N°Compte : 00010340842 - CLE 01**

**IBAN : FR76 1027 8073 1900 0103 4084 201**

**BIC : CMCIFR2A**

### **IV – MOYENS PEDAGOGIQUES ET TECHNIQUES MIS EN OEUVRE**

La formation dont le programme est téléchargeable sur [www.csft2013.fr](http://www.csft2013.fr) est animée par 45 intervenants, médecins et/ou chercheurs, spécialistes dans leur domaine. Les différentes interventions sont réparties en sessions plénières ou parallèles et en ateliers. Les moyens techniques audiovisuels et logistiques seront mis à disposition de l'organisme de formation par Polydome – Place du 1<sup>er</sup> mai – 63050 Clermont-Ferrand.

### **V – SANCTION DE LA FORMATION**

Une attestation, précisant notamment la nature, les objectifs et la durée de la session, sera remise au bénéficiaire à l'issue de la prestation.

### **VI – RESPONSABILITES**

L'entreprise bénéficiaire conserve pour les salariés participants à la formation ses prérogatives et responsabilités dans le domaine statutaire et disciplinaire et en cas d'accident.

L'organisme de formation dispose d'une assurance couvrant sa responsabilité dans tous les cas où celle-ci pourrait être mise en cause.

### **VII – CONDITIONS D'ANNULATION**

En cas de renoncement par l'entreprise bénéficiaire à l'exécution de la présente convention, celle-ci devra adresser une demande écrite au Comité d'organisation (Congrès SFT – PubliClin' – 84 avenue de la République - 63100 Clermont-Ferrand). Les frais d'annulation sont de 40 € jusqu'au 01/09/2013, puis 50 % des droits d'inscription jusqu'au 01/10/2013 (ces sommes ne sont pas imputables sur l'obligation de participation au titre de la formation professionnelle continue de l'entreprise bénéficiaire et ne peut faire l'objet d'une demande de remboursement ou de prise en charge par l'IRAAT). Aucun remboursement ne sera effectué après le 01/10/2013.

## VIII – LITIGES

En cas de manquement de l'une des deux parties aux obligations légales fixées par la présente convention, celle-ci pourra être dénoncée par l'autre partie, après une mise en demeure de respecter les engagements non suivis d'effets dans un délai de 15 jours.

Fait à Paris, en deux exemplaires, le

### L'entreprise bénéficiaire

Nom du signataire :

Qualité :

Signature :

Cachet :

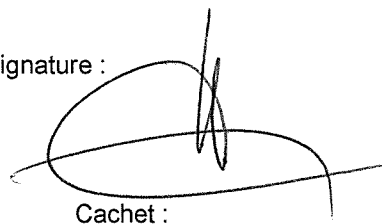
### L'organisme de formation

IRAAT

Nom du signataire : Dr Gérard Mathern

Qualité : Président

Signature :



Cachet :

**I R A A T**  
Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie  
Hôpital de la Croix Rousse  
103 Grande Rue de la Croix Rousse - 69004 LYON  
Tél. 04 78 42 59 18  
✉ mail : iraat-lyon@orange.fr