Association pour l'Innovation en Sciences et Analyses (AISA)

N° de Formation Continue : en renouvellement

OGDPC : 9034

86, boulevard de Reuilly 75012 PARIS

Email : formation@aisa-asso.fr
Site internet : http://www.aisa-asso.fr
Téléphone : 01 49 28 22 23

Convention de formation professionnelle

Inscription à titre individuel

Code Formation PC1

(Article L. 6353-2 et R. 6353-1 du code du travail)

Entre l'organisme de formation :

RAISON SOCIALE

Association pour l'Innovation en Sciences et Analyses (AISA)
Association régie par la Loi 1901 (n° 00147977)
Siège social : 86, boulevard de Reuilly – 75012 Paris
N° SIRET : 47 94 83 315 000 20
N° TVA intracommunautaire : FR 00 47 94 83 315

Et le bénéficiaire :

NOM DU BENEFICIAIRE

(ci-après nommé le bénéficiaire)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél : Fax : Courriel :

1. Objet, moyens pédagogiques de la formation, sujet, date, lieu

Dans le cadre du programme de formation continue AISA sur la médicalisation des LBM, nous vous proposons, en collaboration avec le Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP), une formation pratique et interactive sur la maitrise dans un Laboratoire de Biologie Médicale (LBM) du test de Kleihauer.

Sujet

La formation, réalisée par des praticiens qualifiés (biologistes médicaux) et travaillant dans un LBM accrédité, est orientée vers des éléments concrets et pratiques : données théoriques essentielles sur l'intérêt et l'interprétation du test, interprétation de lames positives négatives et douteuses, comptages de lames positives, discussion autour de partage d'expériences (possibilités d'apporter des lames de votre

laboratoire). Un retour d'expérience sur l'évaluation des prestations de conseils en pré et en post analytique sera également présenté, avec l'analyse de situations clinicobiologiques concrètes.

Un système de vote en temps réel permettra une meilleure interactivité. Un support comprenant de nombreuses applications sera mis à disposition des participants. Une évaluation initiale et de suivi sera réalisée de façon individuelle. Une attestation de formation sera remise aux participants.

Type d'action
Présentielle

Durée, lieu et date de formation

Ces informations sont indiquées dans l'annexe jointe à la convention

2. Programme de formation

Profil des stagiaires
Biologiste médical, cadre de laboratoire, technicien de laboratoire médical (TLM), qualiticien, ingénieur

Prérequis
Travail dans un laboratoire de biologie médicale (LBM)

Objectifs pédagogiques et Progression pédagogique
Ces éléments sont indiqués dans l'annexe en pièce jointe

3. Prix de la formation

En contrepartie de cette action de formation, le bénéficiaire s'acquittera des coûts suivants :
Coût total HT : 640,00 Euros
TVA 20% : 160,00 Euros
TOTAL TTC : **800,00 Euros**

Cette somme couvre l'intégralité des frais engagés par l'organisme de formation pour cette session et comprend une collation aux deux pauses et le déjeuner pris sur place.

4. Modalités de règlement

Le paiement sera dû à réception de la facture selon les modalités prévues par les conditions générales de vente.

5. Non réalisation de la prestation de formation

En application de l'article L6354-1 du Code du travail, il est convenu entre les signataires de la présente convention, que faute de résiliation totale ou partielle de la prestation de formation, l'organisme prestataire doit rembourser au cocontractant les sommes indûment perçues de ce fait.

6. Moyens permettant d'apprécier les résultats de l'action de formation

Une évaluation initiale et de suivi sera réalisée de façon individuelle

7. Moyens permettant de suivre l'exécution de la formation

Une attestation de formation sera remise aux participants.

8. Dédit ou abandon

En cas de dédit par l'entreprise à moins de 15 jours avant la date de démarrage de la formation objet de la présente convention, l'article 7 des conditions générales de vente sera appliqué.

9. Litiges

Si une contestation ou un différend ne peuvent pas être réglés à l'amiable, le Tribunal de Paris sera seul compétent pour régler le litige.

Document réalisé en 2 exemplaires à Paris, le _____

Pour l'organisme de formation : AISA, Michel Vaubourdolle, Secrétaire Général *Paraphes, « Lu et approuvé », cachet de l'organisme de formation*	Pour le bénéficiaire : NOM DE L'ENTREPRISE, REPRESENTANT *Paraphes, « Lu et approuvé », cachet du bénéficiaire*