

FEDERATION FRANÇAISE DES CECOS

31ème Séminaire des CECOS

26, 27 et 28 mars 2025

NANTES

**Numéro SIRET de la Fédération Française des CECOS : 300 089 646 00032**

**Centre formateur :** déclaration d’activité enregistrée sous le numéro **76 310931631** auprès du préfet de la région Occitanie

**Certification Qualiopi sous le certificat F1973**

**Contact :** Mme MALLERET Vanessa – Assistante des CECOS ([secretariatcecos@yahoo.fr](mailto:secretariatcecos@yahoo.fr))

# CONVENTION SIMPLIFIEE de FORMATION PROFESSIONNELLE

## (Articles L.6353-1 à 2 et R.6353-1)l

**Entre les soussignés :**

**1) Fédération Française des CECOS** (association loi 1901, n’employant pas de salarié),enregistrée sous le numéro de déclaration d’activité **76 310931631** auprès de la délégation régionale du travail, de l’emploi et de la formation professionnelle d’Ile de France,

**2) Centre Hospitalier Universitaire** **de ………………………..** représenté par **…………………..** est conclue la convention suivante, en application des dispositions de la partie VI du livre III du code du travail portant organisation de la formation professionnelle, continue dans le cadre de l’éducation permanente.

**Article 1er : Objet de la convention**

L’organisme Fédération française des CECOS organisera l’action de formation suivante :

**Intitulé de la formation :** 31ème Séminairedes CECOS

**Objectifs :** actualisation et amélioration des connaissances et des pratiques dans le domaine d’activité des CECOS

**Programme :** joint en annexe 1

**Type d’action de formation :** entretien ou perfectionnement des connaissances

**Dates :** 26, 27 et 28 mars 2025

**Durée :** 3 jours

**Lieu** **:** NANTES, Westotel Nantes, Centre des congrès, 34 rue de la Vrière, 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE

**Article 2 : effectif formé**

La fédération française des CECOS accueillera les personnes suivantes :

1 - Nom : Prénom : Fonction :

2 - Nom : Prénom : Fonction :

3 - Nom : Prénom : Fonction :

4 - Nom : Prénom : Fonction :

5 - Nom : Prénom : Fonction :

(ajouter des lignes si nécessaire)

**Article 3 : dispositions financières**

En contrepartie de cette action de formation, le Centre Hospitalier de …………………..s’acquittera des couts de formation suivants :

**Frais d’inscription**  **:** coût unitaire 390 € x……stagiaires = ……€ TTC

**Frais de restauration/hébergement :** coût unitaire 260€ x……stagiaires = ……€ TTC

(4 Repas à 20€- 2 Nuitée à 90€)

**Montant total  :** coût unitaire 650 € x ……stagiaires=……€ TTC

(TVA non applicable)

Sommes versées par le CHU de …………………….à titre d’acompte : ………€TTC

**Montant total restant dû par le Centre Hospitalier de ………………. : € TTC**

**Article 4 : modalités de règlement**

Le paiement sera dû à réception de la facture

Le versement sera **libellé à l'ordre de la Fédération Française des CECOS** adressé à l’assistante de la Fédération des CECOS (Madame MALLERET Vanessa – Séminaire CECOS 2025 – 185 Hameau de Bagnolet – 81260 FONTRIEU) qui délivrera toutes pièces comptables justificatives de ce règlement. **Les coordonnées bancaires sont fournies dans le RIB en Annexe 2**

**Article 5 : inexécution totale ou partielle de la convention**

En cas d’inexécution totale ou partielle de l’action de formation, le prestataire doit rembourser au contractant les sommes indûment perçues de ce fait (article L.6354-1 du code du travail)

**Article 6 : clause de dédit**

En cas de dédit d’un stagiaire en cours de formation ou dans un délai inférieur à 15 jours avant le début de la formation, les frais de formation seront exigibles en totalité

**Article 7 : différends éventuels**

Si une contestation ou un différend ne peuvent être réglés à l’amiable, le Tribunal de CAEN sera seul compétent pour régler ce litige

**Article 8 :** La responsabilité de la Fédération française des CECOS, en tant qu'organisateur ne saurait être engagée en cas d'accident pendant les séances de la formation ou au cours des trajets liés à ces séances.

**Article 9 : date d’effet**

La présente convention prend effet à compter de sa signature par le Directeur du centre hospitalier de ………………… ou son représentant, pour la durée visée à l'article 1.

**Fait en double exemplaire, à ………………………….. le ………………….**

**Pour le Centre Hospitalier Universitaire de………………………**

**Nom du signataire :**

**Qualité :**

**Pour le Pr Guillemain Catherine**

**Présidente de la Fédération Française des CECOS,**

**Vanessa MALLERET, Assistante**