

|  |
| --- |
| **CONVENTION DE FORMATION** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTRE L’ORGANISME DE FORMATION :**  Association JIVD - AER  Siège Social : Hospices Civils de Lyon  Adresse postale : JIVD – AER  Médecine Intensive-Réanimation  Pavillon H – 2ème étage  HOPITAL EOUARD HERRIOT  5 pl. Arsonval 69437 LYON CEDEX 03  N° de déclaration d’existence : 82690244069  N° SIRET : 344 343 223 000 30  Certificat Qualiopi n°: FR076808-1 | **ET LE BENEFICIAIRE :**  **Nom et adresse de l’Organisme :**  ………………………………………………………..…………..  ………………………………………………………..…………..  ………………………………………………..………………….. |

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

**Article 1 :**

Dans le cadre du colloque médical *Actualités en Réanimation : Réanimation, Surveillance Continue & Urgences Graves* qui aura lieu les 20 et 21 novembre 2025 à la Cité Centre de Congrès de Lyon l’organisme : ………………………………………………. reconnaît avoir pris connaissance du contenu pédagogique de la formation sur le site www.aer-congres.com et s’engage à assurer la présence d’un (des) Agent(s) aux dates et lieu prévu ci-dessous. Liste des Agents :

**NOMS PRENOMS :**

**Article 2 :**

L’Association JIVD-AER s’engage à respecter le programme de formation tel qu’il est indiqué sur le site www.aer-congres.com, nulle modification relative à la durée de la formation ou du contenu ne pourra y être apportée.

**Article 3** :

Les participants à la formation sont tenus de se conformer au [Règlement intérieur](https://aer-congres.com/wp-content/uploads/2022/07/Reglement-interieur-JIVD-AER.pdf) à consulter sur le site [www.aer-congres.com](http://www.aer-congres.com).

**Article 4 :**

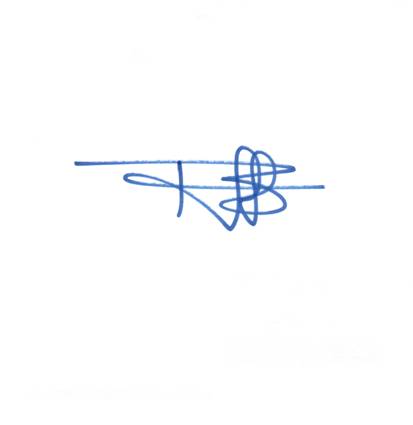
A l’issue de la formation, l’Association JIVD-AER s’engage à délivrer une attestation de présence.

**Article 5 :**

L’organisme : ……………………………………………… s’engage à payer les droits d’inscription de 210 € TTC par Agent sur présentation d’une facture et de l’attestation de présence des intéressés au retour des journées de formation.

**Article 6 :**

Toute annulation doit être signalée par écrit au secrétariat du congrès.

En cas d’annulation d’inscription après le 20 octobre ou si la personne inscrite ne se présente pas au congrès, l’inscription sera due et facturée sans attestation de présence.

le ………………… 2025

Pour l’Organisme de formation Pour le Bénéficiaire,

JIVD-AER **Organisme** : ……………………………………………

Brigitte HAUTIER, Sylvaine SAZIO Représentée par : ……………………………………….

**ASSOCIATION JIVD-AER**

Secrétariat : Brigitte HAUTIER/ Sylvaine SAZIO

Adresse Postale : JIVD-AER Sylvaine SAZIO,

Service Médecine Intensive-Réanimation

Pavillon H – 2ème étage HOPITAL EDOUARD HERRIOT

5 Place d’Arsonval 69437 LYON CEDEX 03

**Tél. 06 71 10 04 98,**

[[brigitte.hautier@aer-congres.com](mailto:brigitte.hautier@aer-congres.com) /](mailto:brigitte.hautier@jivd-aer.com/) [sylvaine.sazio@aer-congres.com](mailto:sylvaine.sazio@aer-congres.com) www.aer-congres.com