



## CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET UNIVERSITAIRE

### IRFA

1 rue Joseph CUGNOT C.O. 60034 54035 NANCY cedex  
Téléphone : 33 (0)3 83 85 25 69-Télécopie : 33 (0)3 83 85 18 05  
Courriel : [irfa@chru-nancy.fr](mailto:irfa@chru-nancy.fr)

Direction : Mme MULLER Catherine, Coordination Générale des Soins

## ACTE D'ENGAGEMENT FINANCIER

Je soussigné(e) .....  
Demeurant à l'adresse suivante : .....  
.....  
.....  
Né(e) le : ..... à : .....

Demande mon inscription à l'Institut Régional de Formation des Ambulanciers pour suivre la formation :

Auxiliaire Ambulancier

Je reconnais avoir été informé que le coût de cette formation, fixé par arrêté du Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire du Nancy, s'établit, à la somme de :

735 Euros (Sept Cent Trente Cinq Euros)

Que je m'engage à payer à réception d'un avis des sommes à payer à :

Trésorerie Principale de Nancy  
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy  
47 bis Avenue de Lattre de Tassigny  
54035 NANCY Cedex

Si d'autres organismes devaient financer tout ou partie de cette scolarité, un titre de recettes au nom de l'organisme payeur serait réalisé, à réception de la convention signée, pour le montant de sa participation, et un avis de somme à payer adressé directement à ce dernier.

*En cas d'interruption de scolarité pour cas de force majeure, les frais de scolarité seront exigibles proportionnellement au temps de présence de l'élève durant sa formation. Pour tout autre motif d'interruption, hors cas de force majeure, les frais de scolarité restent dus en totalité.*

A : \_\_\_\_\_, le :

Signature suivie de la mention  
« Lu et approuvé »