**FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPTABLES**

**À COMPLÉTER POUR L’ÉTABLISSEMENT DE LA CONVENTION DE FORMATION**

**AUDITEUR  (NOM Prénom):**

**RESPONSABLE DU FINANCEMENT***(à remplir par le conseiller formation en lien avec le bureau budgétaire et financier)*

Sous-direction/bureau (responsable de paiement) :

Nom du responsable :

Adresse : Code postal :

Commune :

Téléphone :

**Courriel :**

|  |
| --- |
| **N° SIRET** (n° à 14 chiffres) :  **Références indispensables à la facturation si votre structure est sous application CHORUS**  Code service exécutant :Centre de coût :  *(ne pas confondre avec le SFACT* 10 chiffres) (10 chiffres)  Domaine d'activité  : Code tiers client:  (4 chiffres) (10 chiffres) |

**Organisme destinataire du DÉCOMPTE ou service facturier(1)**

Dénomination du service :

Adresse (précise et complète) :

Code postal : Commune :

Téléphone : Courriel :