



MÉDICAL



PARAMÉDICAL



ENSEIGNEMENT PAR SIMULATION

BULLETIN D'INSCRIPTION



FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation :

Dates :

Coût :

Atelier(s):

STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Fonction/grade :

Adresse mail :@.....

Téléphone :

Adresse :

CP : Ville :

N°ADELI ou n° RPPS :

Désignation de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

CP : Ville :

Prise en charge des frais d'enseignement : Employeur Personnelle Autres

ETABLISSEMENT

(si prise en charge par l'Employeur ou Autres)

Désignation :

Adresse :

CP : Ville :

Nom du responsable de l'inscription :

Adresse mail :@.....

Fait à :

Le :

Signature du stagiaire

Signature et cachet de l'établissement
(si prise en charge par l'employeur)

Bulletin d'inscription à retourner à l'adresse suivante :

Centre hospitalier universitaire de Nîmes - Direction du Développement Professionnel · Secteur Formation

Place du Professeur-Robert-Debré 30029 Nîmes Cedex 9

Ou par mail : dpc@chu-nimes.fr