BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner au **SERVICE FORMATION** à l'adresse : dpc@chu-nimes.fr

FORMATION SOUHAITÉE

Intitulé de la formation 1er Congrès Territorial des Cadres de Santé
Date(s) 7 Novembre 2024
Coût 130 €

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT Employeur ☐ Personnelle ☐ Autres ☐

STAGIAIRE

Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom _____
Date de naissance __/__/____ Lieu de naissance _____
Profession _____
Adresse mail _____
Téléphone __/__/__/__/__
Adresse postale _____
Code Postale _____ Ville _____
N° ADELI ou N° RPPS _____

ETABLISSEMENT (à compléter uniquement si prise en charge « employeur ou autre »

Public ☐ / Privé ☐

Nom de l'établissement _____
Nom du responsable de l'inscription _____ Adresse mail _____ Téléphone __/__/__/__/__
Adresse _____
Code Postale _____ Ville _____
N° SIRET _____ N° CHORUS (obligatoire pour le secteur public) _____

Fait à	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
Signature du stagiaire		Signature de l'établissement	

Nos locaux sont accessibles aux personnes en situation de handicap. Si votre inscription nécessite une adaptation particulière, manifestez-vous afin que l'on puisse vous proposer une solution adaptée.