



BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à l'IFMS à l'adresse : ifms.administration@chu-nimes.fr

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation
Lieux de la formation IFMS CHU de Nîmes
Date(s)
Coût €

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

STAGIAIRE

Titre de civilité Madame ☐ Monsieur ☐
Nom d'usage
Nom de naissance
Prénom
Date de naissance ____/____/____ Lieu de naissance
Profession
Adresse mail@..... Téléphone : ____/____/____/____
Adresse postale
Code postal Ville

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

☐ **Autofinancement** : Paiement à l'inscription en joignant un chèque à l'ordre : Régie IFMS Centre de Formation du CHU de Nîmes.

☐ **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 de facturation
Code postal Ville
N° Siret de facturation N° Chorus (obligatoire)

Fait à le ____/____/____

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.

Contact : refhandicapformation@chu-nimes.fr

Nous contacter : CHU Nîmes

Rue du Professeur Henri Pujol, Nîmes Cedex 9 - 04 66 68 53 00

N°SIRET : 263 000 036 00222 - Numéro de déclaration d'activité 9130PO48430 - Formation continue / Certifié Qualiopi