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 Nîmes ☑
Date(s) ……
Coût …… €

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

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 ……

Date d'obtention du diplôme d'État : __ /__ /____ (jour, mois, année)

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