

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation choisie : Dates :

TYPE DE PRISE EN CHARGE

- Prise en charge individuelle (contrat envoyé à l'adresse personnelle)
 Prise en charge par l'employeur (convention envoyée au responsable du dossier)
 Repas : 12 € TTC (pour les formations ayant lieu dans les locaux du CFPS)

Les règlements sont à effectuer à réception de la facture, après la formation.

PARTICIPANT

M. Mme Nom* : Nom de jeune fille :
Prénom* : Date de naissance* :/...../.....
Fonction* : Service :
N° RPPS ou code Adeli (pour délivrer une attestation DPC) :
Adresse (* si prise en charge individuelle) :
Code postal : Ville :
Courriel* : Tél :

J'accepte que les données recueillies soient utilisées en conformité avec la charte de protection des données du CFPS (consultable sur <https://cfps.chu-clermontferrand.fr>).

Accessibilité : si la situation du participant nécessite une prise en charge spécifique, merci de le faire savoir pour nous permettre de l'accueillir dans les meilleures conditions.

.....
.....

ÉTABLISSEMENT SI PRISE EN CHARGE EMPLOYEUR

Nom de l'employeur* :
Adresse* :
Code postal* : Ville* :
Public Privé N°SIRET* : Si public, code service :

Responsable du dossier :

M. Mme Nom* : Prénom* :
Courriel* : Tél :

J'accepte que les données recueillies soient utilisées en conformité avec la charte de protection des données du CFPS (consultable sur <https://cfps.chu-clermontferrand.fr>).

Date et signature du participant*

Cachet de l'établissement, date et signature
(* si prise en charge employeur)

* Champs à remplir obligatoirement et signature(s) pour valider l'inscription.

La signature du présent bulletin vaut acceptation des conditions générales de vente.