

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>).

Adaptation : le participant est en situation de handicap et sollicite une adaptation pédagogique et organisationnelle : Oui Non

Si oui, le CFPS prendra contact avec vous pour les adaptations à prévoir.

Interlocuteur handicap : Aurélie LABOUCHEIX, chargée de formation du CFPS.

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.