

BULLETIN D'INSCRIPTION

N° SIRET : 2060 303 839 000 13

Certificat QUALIOPI N°874497

Formation choisie : Date :

PARTICIPANT

M. ☐ Mme ☐ Nom, Prénom.....

Date de naissance :

Fonction :

N° RPPS ou code Adeli

Courriel :

Téléphone :

☐ *J'accepte que les données recueillies soient utilisées en conformité avec la charte de protection des données du CHMY.*

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

Oui ☐ Non ☐

ÉTABLISSEMENT/LIEU D'EXERCICE

Nom de l'employeur/Lieu d'exercice :

Adresse :
.....

Code postal : Ville :

Responsable du dossier

M. ☐ Mme ☐ Nom, prénom :

Courriel : Tél :

Date et signature du participant

Cachet de l'établissement, date et signature

Vous avez la possibilité de vous rendre sur le site de Moulins pour déjeuner. Pour les participants des établissements extérieurs les tickets repas sont en vente à l'Hôpital de MOULINS (accueil du Service Achats à partir de 8h).

Le coût du repas n'est pas inclus dans le coût de la formation. Un reçu sera délivré (tarifs nous consulter)