Centre Hospitalier Fleyriat
900 rte de Paris - CS 90401
01012 BOURG EN BRESSE CEDEX
04-74-45-46-97
utep@ch-bourg01.fr
Certifié Qualiopi

FICHE D'INSCRIPTION

Merci de compléter ce document sur informatique et de nous le retourner par mail

INTITULE DE LA FORMATION : *choisir*

Date : *choisir*

INFORMATIONS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Civilité : ◉ M. ○ Mme

NOM /Prénom : ……

Date de naissance : ……

Profession : ……

Votre situation nécessite-t-elle une adaptation particulière : choisir

si oui précisez : ……

Informations à compléter si financement personnel * :

Adresse personnelle : ……

Téléphone personnel : ……

Mail personnel : ……

** Pour les professionnels libéraux : joindre une attestation d'inscription à l'ordre de votre profession.*

** Pour les professionnels finançant eux-mêmes leur formation : joindre votre diplôme professionnel.*

INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Établissement : …….

Adresse : …….

CP/Commune : …….

Responsable (signataire de la convention) :
Nom – Prénom : …….

Fonction : …….

Téléphone : …….

Mail : …….

<u>Pour les établissements publics :</u>

Code service CHORUS : …….

Numéro d'engagement : …….

SIRET : …….

REGLEMENT

Tarifs : *formation aux 40h : 1000 € - formation coordinateur : 400€*

A l'issue de la formation, une facture émanant du Trésor Public vous sera adressée avec les modalités de règlement. Aucun chèque ne doit être joint à la fiche d'inscription.

Je m'engage à régler à l'Hôpital Fleyriat l'inscription d'un montant de : choisir

Date et signature du bénéficiaire : ***Date, signature et cachet de l'employeur :***