



BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner au **SERVICE FORMATION** à l'adresse : dpc@chu-nimes.fr



FORMATION SOUHAITÉE

Intitulé de la formation _____

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 Postale ----- Ville _____

N° ADELI ou N° RPPS _____

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 _____

Adresse de facturation _____

Téléphone __/__/__/__/__

Code Postale ----- Ville _____

N° SIRET de facturation _____

N° CHORUS _____

(obligatoire pour le secteur public)

Fait à			
Signature du stagiaire		Signature de l'établissement	

L'accessibilité pour tous

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.