

A renseigner et à retourner par voie postale ou à CFP@chu-angers.fr

Formation

Intitulé de la formation :

Dates :

Participant

Mme M. Docteur Professeur

Nom* :

Nom de jeune fille : Prénom* :

Date de naissance* :

Adresse d'exercice principal* :

Code postal* : Ville* :

* :

* :

N° RPPS ou code ADELI (obligatoire pour délivrer une attestation DPC) :

Profession* :

Mode d'exercice et prise en charge des frais d'inscription

Salarié ou Libéral

Prise en charge individuelle : le participant avance les frais d'inscription.
Le bulletin d'inscription est à renvoyer par courrier, joint du règlement par chèque bancaire libellé à l'ordre du Trésorier Principal du CHU d'Angers.

Prise en charge des frais d'inscription par l'employeur : compléter l'encadré ci-dessous et renvoyer le bulletin d'inscription par mail ou courrier.

EMPLOYEUR

Nom et raison social de l'employeur* :

Numéro SIRET de l'employeur* :

Adresse de l'employeur* :

Code postal* : Ville* :

Nom du responsable de dossier* :

 du responsable de dossier* :

 du responsable de dossier* :

Fait à :, le

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de l'employeur :
(si prise en charge par l'employeur)



* Informations obligatoires

Sauf opposition, les données transmises sont informatisées afin de faciliter la gestion et l'organisation des formations. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectification.