



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

**PRIX INSCRIPTION :** €

**INTITULE FORMATION**

**DATES FORMATION** de 9h à 17h

**LIEU**

**PARTICIPANT**

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Profession : .....

N° RPPS \* ou N° ADELI \*\* : .....

Adresse d'exercice principal : .....

Tel : ..... E-mail '(obligatoire): .....

Votre entrée à cette formation nécessite-t-elle de prévoir un aménagement particulier? OUI/NON

Vous pouvez être mis en relation avec notre référent handicap si vous le souhaitez

\* N° RPPS pour les médecins et sages-femmes

\*\* N° ADELI pour les professionnels de santé : professions paramédicales, de l'appareillage et du domaine social

**OBJECTIFS DE LA FORMATION**

Les objectifs de la formation énoncés dans le programme correspondent-ils à votre besoin ? OUI/NON

Commentaires :  
.....  
.....

**PRISE EN CHARGE**

**INDIVIDUELLE :**

(Paiement par chèque joint obligatoirement au Bulletin d'Inscription à l'ordre de M. le Trésorier Principal du CHU de Montpellier)

**ETABLISSEMENT :**  PUBLIC  PRIVE

CONVENTION DE FORMATION : OUI  NON

(Précisez la personne habilitée à signer la convention) .....

**ETABLISSEMENT**

N° SIRET : .....

Code Service \* : .....

Numéro engagement \* : .....

\* uniquement pour les établissements publics

Adresse de Facturation (à qui sera adressée la facture) : .....

Nom Etablissement : .....

Nom-Prénom : .....

Tel : ..... E-mail : .....

**Responsable de la formation** (à qui seront adressées les conventions de formation)

Nom-Prénom.....

Tel : ..... E-mail : .....

Fait à ..... Le.....

Signature du responsable formation

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Mme XXXXXXXX : 04 67 33 XX XX - XXXXXXX@chu-montpellier.fr

Service Formation Continue – DRH-F – CHU Montpellier