



FICHE D'INSCRIPTION

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

INTITULÉ DE LA FORMATION :

- FORMATION INITIALE EN ETP - 40H
- FORMATION A LA COORDINATION D'UN PROGRAMME D'ETP

DATE(s) :

Le délai d'accès est fonction du nombre de places disponibles et ouverture sous réserve de 4 inscrits minimum.

INFORMATIONS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Civilité : Madame Monsieur

NOM/Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Pour les personnes en situation de handicap, prendre contact avec notre service afin que nous puissions vous proposer la solution la plus adaptée.

Informations à compléter si financement personnel :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

INFORMATIONS CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Établissement :

Adresse :

CP/Commune :

Nom du signataire de la convention :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

SIRET :

VOTRE PROJET

.....
.....
.....

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 : 1000 € 400€

Date et signature du bénéficiaire :

Date, signature et cachet de l'employeur :