

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : Prénom :

Date de naissance : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Lieu de naissance et n° de département : /_/_/

Emploi/Grade : n° RPPS ou ADELI :

Fonctionnaire Contractuel Libéral Autres (préciser) :

Adresse personnelle :

Ville : Code Postal : Tél. (Personnel) :

Nom de l'employeur :

Adresse professionnelle :

Ville : Code Postal : Tél. (Travail) :

Adresse mail : @

Je m'inscris pour la formation (Préciser l'intitulé et la date si connue) :

Personne en situation de handicap, merci de nous contacter si besoin (accessibilité, etc.)

Prise en charge financière :

Après inscription, une convention sera adressée au signataire ci-dessous

INDIVIDUELLE

Le stagiaire s'engage à prendre en charge financièrement cette action de formation

Date :

Signature du Participant :

OU

PAR UN TIERS

(Employeur, OPCO, France travail...)

Nom et adresse de l'organisme de financement :

Adresse de la facturation si différente :

Code de service et numéro engagement CHORUS (obligatoire si établissement public) :

Date :

Signature & Cachet de l'Employeur :

Joindre l'attestation de prise en charge en cas d'accord par un tiers.

Un Avis des Sommes à Payer émis par le Trésor Public vous sera adressé à l'issue de la formation (sous trentaine)

Bulletin à retourner au bureau de la formation continue par mail à organisme.formation@ch-niort.fr
(Une confirmation vous sera adressée sous quinzaine)

Pour plus d'information, vous pouvez contacter le 05 49 78 20 99

Centre Hospitalier de Niort :

N° de déclaration d'activité : 54 79 P 000 879 - Code NAF : 8610 Z - N° SIRET : 267 900 017 000 18

Certificat Qualiopi n°573391/R2

CENTRE HOSPITALIER
DE NIORT
Votre santé. notre objectif