

BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner au CHU de Poitiers par mail ou courrier
Formation continue - CS 90577 - 86021 Poitiers cedex
formation.continue@chu-poitiers.fr

STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

N°S.S. :

Adresse :

téléphone :

Profession :

N° RPPS : ou N° ADELI :

Mode d'exercice dominant (>50 %) :

salarié*

libéral

mixte

service de santé des armées

en recherche d'emploi

*Si vous êtes salarié :

Nom de l'établissement employeur :

Adresse :

Personne en charge du dossier :

Téléphone :

ACTION CHOISIE

Intitulé :

Dates :

PRISE EN CHARGE

À TITRE PERSONNEL

Le stagiaire s'engage à prendre en charge cette action de formation dès réception de la facture.

à
le

Signature du stagiaire

PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Joindre une attestation de prise en charge
(en l'absence de ce document, la demande
d'inscription ne pourra pas être prise en compte)

AUTRE

Joindre une attestation
de prise en charge
(en l'absence de ce document,
la demande d'inscription ne pourra pas
être prise en compte)