

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner complété à :

Sainte-Anne Form@tion – CHSA – 1, rue Cabanis – 75014 Paris
 Odile BONTEMPS-LUZI Tél. : 01 45 65 73 15 - o.luzi@ch-sainte-anne.fr
 Laura TONTO-USO Tél : 01.45.65.71.64 - l.tonto-uso@ch-sainte-anne.fr
www.sainteanneformation.fr

→ N° AGREMENT FORMATEUR : 11 75 34 103 75 - N° SIRET : 267 500 643 00015 - N° APE : 8610Z - N° SIREN (CHSA) : 267 500 643

→ PARTICIPANT

M. Mme Hospitalier Libéral Mixte Autre

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE (d'épouse) :

PRENOM :

PROFESSION :

Directeur Médecin Psychologue Cadre de santé Infirmier (ière) Aide-Soignant
 Technicien de laboratoire Préparateur en Pharmacie Manipulateur ERM Ergothérapeute

Autre (précisez) :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE :

SERVICE : TEL PSERVICE :

E-MAIL :

→ ETABLISSEMENT PRENANT EN CHARGE LA FORMATION

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

NOM DU RESPONSABLE FORMATION :

ADRESSE POSTALE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL SERVICE FORMATION : E-MAIL :

Intitulé de la Formation	
Date de la formation	
<input type="checkbox"/> Prise en charge financière au titre de la formation continue avec accord du Directeur de l'établissement.	
<input type="checkbox"/> Prise en charge individuelle	

→ CONDITIONS D'ANNULATION : Pour toute inscription annulée moins de quinze jours avant le début du stage, Sainte-Anne Formation du Centre Hospitalier Sainte-Anne facturera au Contractant 25% du montant de la formation. Pour toute inscription annulée moins de deux jours ouvrables avant le début du stage et en cas d'absence du participant le premier jour du stage ou les jours suivants, Sainte-Anne Formation facturera au Contractant le montant total de la formation.

Date :

Signature du participant

Signature du Directeur

Cachet de l'établissement
