

BULLETIN D'INSCRIPTION - CESU 40

CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE

cesu40@ch-mdm.fr 05 58 05 18 33

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL MONT DE MARSAN ET DU PAYS DES SOURCES

Avenue Pierre de Coubertin – 40024 MONT DE MARSAN

Statut juridique : Etablissement public de santé

N° Agrément : 7240P003640 - N° S.I.R.E.T. : 264/004/284/000/16

Le CESU 40 se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre de participants se révélait insuffisant.

Le paiement de la formation sera effectué auprès du Trésor Public, en fin de session, dès réception de la facture (TIP)

CANDIDAT

Civilité : M. ☐ Mme ☐

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de Famille, (anciennement Jeune Fille) :

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Dpt :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

EMAIL : (Impératif convocation)

FONCTION :

DIPLÔMES :

COPIES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT POUR TOUTE INSCRIPTION

ACCESSIBILITÉ : Si vous êtes porteur d'un handicap ou une personne à mobilité réduite → SI OUI, COCHEZ ☐

EMPLOYEUR

NOM :

SECTEUR D'ACTIVITÉ :

ADRESSE :

CODE POTAL :

COMMUNUE :

TELEPHONE :

FAX :

EMAIL : (Impératif convocation)

RÉFÉRENT DE FORMATION A CONTACTER :

INTITULÉ DE LA FORMATION :

DATES :

REACTUALISATION : validité de 4 ans avec copie du diplôme jointe IMPÉRATIVEMENT au bulletin d'inscription

Sauf si diplôme initial obtenu au CESU 40 → SI OUI, COCHEZ ☐

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION ET FACTURE A ETABLIR

☐ EMPLOYEUR :

☐ PERSONNELLE :

☐ ADRESSE DE FACTURATION :

SIGNATURE EMPLOYEUR / CACHET

« Bon pour accord »

SIGNATURE CANDIDAT