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 À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :**

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 :

DATE FORMATION DEMANDÉE :

REACTUALISATION : validité de 4 ans avec copie du diplôme à joindre 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