

## BULLETIN D'INSCRIPTION 2020

### ATTESTATION DE FORMATION GESTES ET SOINS D'URGENCE DE NIVEAU 1

à [cesu67@chru-strasbourg.fr](mailto:cesu67@chru-strasbourg.fr)

HUS – CESU67 – 70 Rue de l'Engelbreit 67200 STRASBOURG (0369553110)

N° organisme de formation 4267P003067 (cet enregistrement ne vaut pas agrément d'Etat)

N° organisme DPC : 1496

Je m'inscris à la formation suivante : **ATTESTATION DE FORMATION GESTES ET SOINS D'URGENCE DE NIVEAU 1 (AFGSU1)**

#### PARTICIPANT

Nom : .....

Nom de naissance (si différent) : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Courriel personnel : .....

Profession ou formation en cours : .....

Employeur : .....

.....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Courriel : .....

#### SESSION

Prix de la formation : **300€**

#### Sessions de formation

Jeu­di 06 et ven­dredi 07 fé­vrier .....

Jeu­di 12 et ven­dredi 13 mars .....

Jeu­di 11 et ven­dredi 12 mai .....

Jeu­di 18 et ven­dredi 19 juin .....

Mardi 22 et mer­credi 23 sep­tembre .....

Lundi 12 et mardi 13 oc­tobre .....

Mardi 19 et mer­credi 20 novem­bre .....

#### ORGANISME DE FACTURATION (si différents) à remplir impérativement au moment de l'inscription

Merci de joindre un bon de commande/ l'accord de prise en charge

Organisme et adresse : .....

.....

Coordonnées du correspondant formation (mention obligatoire)

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. : ..... Fax : .....

N° SIRET / / / / / / / / / / / / / / / / Code NAE/APE / / / / / /

#### DELEGATION DE PAIEMENT A UN OPCA (SUBROGATION)

à remplir impérativement au moment de l'inscription si la facture est à adresser à un Organisme Paritaire Collecteur Agréé - Merci de joindre l'accord de prise en charge / subrogation.

Nom de l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Email : .....

Montant de la prise en charge par l'OPCA (mention obligatoire) : .....

Coordonnées du correspondant formation (mention obligatoire) : .....

#### MODALITES FINANCIERES : Paiement uniquement à réception de facture

Etablissement d'un contrat de formation professionnelle (particulier)

Etablissement d'une convention de formation professionnelle (financement employeur/OPCA) - **Merci de joindre l'accord de prise en charge pour l'employeur / ou de subrogation pour l'OPCA**

A ....., le ..... Signature du participant :