BULLETIN D'INSCRIPTION 2020

LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A L'URGENCE

à cesu67@chru-strasbourg.fr
HUS – CESU67 –70 Rue de l'Engelbreit 67200 STRASBOURG (Tél : 03 69 55 31 10)
N° organisme de formation 4267P003067 (cet enregistrement ne vaut pas agrément d'Etat)
N° organisme DPC : 1496

Je m'inscris à la formation suivante : **LES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A L'URGENCE (AFGSU2)**
P S. : joindre la copie du diplôme de santé

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 : .....
☎. : ..... Fax : .....
Courriel : .....

SESSION

Prix de la formation : **450€**

Sessions 2020

Mercredi 22 au vendredi 24 janvier .....☐
Lundi 03 au mercredi 05 février .....☐
Mercredi 18 au vendredi 20 mars .....☐
Mercredi 01 au vendredi 03 avril .....☐
Lundi 04 au mercredi 06 mai .....☐
Lundi 15 au mercredi 17 juin .....☐
Mercredi 23 au vendredi 25 septembre.....☐
Lundi 14 au mercredi 16 octobre .....☐
Lundi 23 au mercredi 25 novembre .....☐
Mercredi 02 au vendredi 04 décembre .....☐

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 NAF/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 :**