

# BULLETIN D'INSCRIPTION 2020

## RECYCLAGE A L'ATTESTATION DE FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE (AFGSU 2)

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 : **RECYCLAGE A L'ATTESTATION DE FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE (AFGSU 2)** P.S. : **joindre la copie du diplôme AFGSU (inférieur à 4 ans)**

### 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 2020

Prix de la formation : **150€**

#### Recyclage professionnel de santé

Lundi 27 janvier .....

Mercredi 04 mars .....

Mardi 06 avril .....

Lundi 22 juin .....

Jeudi 17 septembre .....

Lundi 19 octobre .....

Lundi 30 novembre .....

#### Recyclage spécifique pour ambulanciers

Lundi 27 janvier .....

Mercredi 04 mars .....

Mardi 06 avril .....

Lundi 22 juin .....

Jeudi 17 septembre .....

Lundi 19 octobre .....

Lundi 30 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 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 :