

**FORMATION CHOISIE* :**

Dates : Code action :

**STAGIAIRE****Particulier :** Secteur : Libéral Associatif M. Mme Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Fonction :

n° RPPS : ou code Adeli :

Adresse :

.....

Service :

Courriel** :

Tél : *Date et signature du stagiaire *** :*

Fax :

**ÉTABLISSEMENT**Public Privé n°SIRET** :

Désignation :

Adresse :

.....

Responsable de la formation :M. Mme Nom :

Tél : Fax :

Courriel** :

*Cachet de l'établissement, date et signature *** :*REPAS TARIF 2015 : 11,20 € TTC le repas
(tarif en vigueur au moment de la formation)

*Joindre l'attestation AFGSU pour les réactualisations

**Obligatoires pour valider l'inscription

*** La signature du présent bulletin vaut acceptation des conditions générales de participation.

A RETOURNER :

› par fax : 04.73.75.11.19

› par courrier : CFPS - CHU / 58, rue Montalembert - 63000 Clermont-Ferrand

› par courriel : cfps@chu-clermontferrand.fr

Remplir un bulletin d'inscription par personne et procéder par photocopies pour plusieurs inscriptions.

Organisme de formation enregistré sous le numéro : 8363P 001663 Code NAF : 8610Z N°OGDPC : 1405