



## BULLETIN D'INSCRIPTION AUX FORMATIONS

*Merci de remplir le bulletin ci-dessous et de rayer la mention inutile sur les deux derniers items*

|                                                                                          |                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>Nom de la Formation</b>                                                               | <b>ADAPTATION AU POSTE IBO</b> |  |
| <b>Dates</b>                                                                             |                                |  |
| <b>Nom du Stagiaire</b>                                                                  |                                |  |
| <b>Prénom du Stagiaire</b>                                                               |                                |  |
| <b>Fonction</b>                                                                          |                                |  |
| <b>RPPS/ADELI</b>                                                                        |                                |  |
| <b>Mode d'exercice</b>                                                                   |                                |  |
| <b>Etablissement</b>                                                                     |                                |  |
| <b>Adresse</b>                                                                           |                                |  |
| <b>CP</b>                                                                                |                                |  |
| <b>Ville</b>                                                                             |                                |  |
| <b>Nom du Chargé de formation/Signataire de la convention</b>                            |                                |  |
| <b>Mail du Chargé de Formation</b>                                                       |                                |  |
| <b>Mail du Stagiaire</b>                                                                 |                                |  |
| <b>Prix</b>                                                                              |                                |  |
| <b>Mode de Paiement</b>                                                                  | Virement                       |  |
| <b>Je souhaite rester informer des formations proposées par Formation Continue Santé</b> | Oui    Non                     |  |