

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### FORMATION SOUHAITEE

**Intitulé de la formation :** Précautions Complémentaires

**Date :** 15 mai 2020

**Coût :** 80 €

### PARTICIPANT(S)

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Profession :  IDE  AS  AMP

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Profession :  IDE  AS  AMP

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_

### PRISE EN CHARGE

Prise en charge personnelle par le salarié : le participant doit avancer les frais d'inscription. Bulletin d'inscription à renvoyer par courrier, accompagné du règlement par chèque bancaire à l'ordre de l'APLEIN.

Prise en charge des frais d'inscription par l'employeur qui complète l'encadré ci-dessous. Bulletin d'inscription à renvoyer par mail ou courrier.

Nom du responsable administratif en charge des départs en formation : \_\_\_\_\_

Courriel du responsable administratif : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de l'employeur :

**A RETOURNER :** • par courrier : CPIas PDL - CHU – Bâtiment Le Tourville – 4<sup>ème</sup> étage

5 rue Pr Boquien - 44093 NANTES

• par courriel : [cpias.pdl@chu-nantes.fr](mailto:cpias.pdl@chu-nantes.fr)

A réception de votre bulletin d'inscription, une convention de formation vous sera adressée.

A l'issue de la formation, la facture correspondante puis une attestation de présence vous seront délivrées.

Toute demande d'annulation doit nous parvenir par écrit au plus tard 10 jours calendaires avant le début de la formation.