

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION SOUHAITÉE

Intitulé de la formation : 10^{ème} Journée Prévention du Risque Infectieux en EMS
Date : Mardi 07 mars 2023 – 9h00-16h30 – Centre des Affaires Terra Botanica, Angers
Coût : 80€ par personne, repas inclus

PARTICIPANT(S)

Mme M. Nom : _____ Prénom : _____
Service : _____ Courriel : _____

Profession : _____

Mme M. Nom : _____ Prénom : _____
Service : _____ Courriel : _____

Profession : _____

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 :

À RETOURNER : • par courrier : CPias PDL - CHU – Bâtiment Le Tourville – 4^{ème} étage
5 rue Pr Boquien - 44093 NANTES
• par courriel : cpias.pdl@chu-nantes.fr