

Bulletin d'inscription

A transmettre **Par mail :** contactformation@arhm.fr
Par courrier : Institut Régional Jean Bergeret
9, quai Jean Moulin - 69001 Lyon

Formation

RÉFÉRENCE :
INTITULÉ :
.....

Participant

NOM :
PRÉNOM :
QUALIFICATION :
N° ADELI ou N° RPPS :
FONCTION :
ÉTABLISSEMENT :
RUE :
CP : VILLE :
TÉLÉPHONE :
MAIL PROFESSIONNEL :
.....

Pour vous joindre directement

MAIL PERSONNEL :
.....
TÉLÉPHONE PERSONNEL :

Attestation de la prise en charge de la formation

NOM :
PRÉNOM :
FONCTION :
ÉTABLISSEMENT :
RUE :
CP : VILLE :
TÉLÉPHONE :
MAIL PROFESSIONNEL :
MONTANT :

Pour les formations sur le site du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu,
possibilité de repas sur place :

- Prise en charge employeur > OUI > NON
- S'il n'y a pas de prise en charge de l'employeur, les repas sont à régler
par chèque, 15 jours avant la formation - dernier délai.

Facturation

ÉTABLISSEMENT À FACTURER :
RUE :
CP : VILLE :

DATE : SIGNATURE :

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT