

DEMANDE D'INSCRIPTION

Par mail à : formation@eps-etampes.fr



FORMATION

Intitulé :

Dates :

CANDIDAT

☐ Mme ☐ Mr

Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance :

Fonction :

Pôle / service :

Adresse d'exercice principale :

Mail (obligatoire) :

Mode d'exercice (> à 50%) :

Salarié ☐ Mixte ☐ Libéral ☐ service de santé des armées ☐

Si formation DPC (*obligatoire pour la délivrance d'une attestation DPC en fin de formation*) :

N° ADELI / RPPS :

FINANCEMENT

- ☐ A titre individuel
☐ Au titre de la Formation Continue (financement employeur)
☐ Prise en charge par un OPCO ou dispositif autre

Nom de l'établissement :

Adresse :

Nom et prénom du gestionnaire :

Mail (obligatoire) : Tél. :

Date :

Signature du candidat

Date :

Signature et cachet