

JOURNEE DE L'ENCADREMENT

BULLETIN D'INSCRIPTION

le jeudi 26 juin 2025

Salle Camille CLAUDEL

à retourner au plus tard le 30 mai 2025

à Sylvie RANSON – 04 90 03 94 80 – sylvie.ranson@ch-montfavet.fr

PARTICIPANT

NOM Prénom

Profession

Adresse personnelle

CP Ville

tel courriel @

PUBLIC EXTERIEUR AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

Prise en charge par votre établissement ☐ **210 €** au titre de la formation continue

Membres du GHT84 ☐ **105 €** au titre de la formation continue

Coordonnées de l'établissement pour l'envoi de la convention et de la facture

Raison sociale

Adresse

CP Ville

N° SIRET

NOM – Prénom - Fonction de la personne habilitée à signer la convention

.....

NOM – Prénom de la personne en charge du dossier

tel courriel @

Autre* : ☐ **90 € - tarif étudiant** (joindre un justificatif)

Je joins obligatoirement un chèque* de 90 € correspondant aux frais d'inscription, à l'ordre du **Trésor Public**

AGENTS DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

Les frais d'inscription sont intégralement pris en charge par l'établissement.

Il vous suffit de retourner ce bulletin accompagné de votre demande de formation signée.

Je serai présent(e) au buffet de midi (gratuit) : ☐ OUI ☐ NON

Fait à le

Signature