



BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation proposée par le Centre Hospitalier du Val d'Ariège

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : /_/_//_/_//_/_/_/_/_/

Lieu de naissance et n° de département : /_/_/

Emploi/Grade : n° RPPS ou ADELI :

Fonctionnaire Contractuel Libéral Autres (préciser) :

Nom de l'employeur :

Adresse professionnelle :

Ville : Code Postal : ☎ (Travail) :

.....

Mail professionnel :

Adresse personnelle :

Ville : Code Postal : ☎ (Personnel) :

MAIL personnel :

Je m'inscris pour la formation (Préciser l'intitulé) :

.....

Dates de la formation choisie :

INDIVIDUELLE	PAR UN TIERS (Employeur, OPCA, Pôle Emploi, Région, ...)
Le stagiaire s'engage à prendre en charge financièrement cette action de formation, dans les délais prévus par la convention et suite à son inscription.	L'employeur ou l'organisme s'engage à prendre en charge cette action de formation. Après inscription, la convention et la facture seront adressées à l'organisme concerné. <i>Nom et adresse de l'organisme de financement :</i>
Date :	Date :
Signature du Participant :	Signature & Cachet de l'Employeur :

Le règlement par Chèque ou CCP se fera après réception d'un Avis des Sommes à Payer et sera à libeller à l'Ordre de M. le Receveur du Centre Hospitalier du Val d'Ariège (un chèque par formation)