Institut de Formations en Santé
Hôpitaux Nord-Ouest

Service Formation Continue
Hôpitaux Nord-Ouest

Bulletin d'inscription

Formation

Intitulé de la formation :

Session du : **Tarif :**

Participant

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom : **Prénom :**

Téléphone : **Adresse e-mail :**

Fonction : **Service :**

Prise en charge financière

☐ **Individuelle —** 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.

☐ **Employeur —** l'employeur s'engage à prendre en charge cette action de formation. Après inscription, la convention et la facture lui seront adressées.

Établissement (si prise en charge employeur)

Établissement :

Directeur de l'établissement : **Numéro de SIRET :**

Nom du responsable de l'inscription :

Téléphone du responsable : **Email du responsable de l'inscription :**

Adresse de la convention :

(Si l'adresse de facturation est différente de la convention, merci de l'indiquer.)

A : **Le :**

Signature	Cachet de l'établissement

Retour des bulletins d'inscription par courriel : **fc.ifsi@hno.fr**