BULLETIN D'INSCRIPTION
N° de déclaration d'activité 914 8002 1948
Organisme enregistré auprès de l'OGDPC sous le numéro 1802

A compléter, signer et retourner par e-mail à : servicefc@ch-mende.fr - 3 semaines maximum avant le début de la formation

Participant(e)

☐ Mme ☐ M. Nom .....

Prénom .....

Fonction .....

E-mail (obligatoire) .....

Tél. mobile (obligatoire) .....

Afin de faciliter le bon déroulement de la formation de votre agent, merci de cocher cette case si des besoins d'aménagements particuliers liés à un handicap sont nécessaires ☐ ou de contacter en amont de la formation le référent handicap : 04 66 49 88 51 / referenthandicap@ch-mende.fr

Formation choisie

Titre .....

Dates .....

Lieu .....

Tarif

Coût pédagogique _____ €

Coût des repas : 9 € x ____ jours = _____ €

Entreprise / Établissement

Raison sociale .....

Adresse .....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Téléphone .....

Responsable de l'inscription

☐ Mme ☐ M. Nom ..... Prénom .....

Service/Fonction .....

Tél. (ligne directe) ..... E-mail .....

Facturation/Règlement (Si la facture est à adresser à l'entreprise mais à une autre adresse, merci de le préciser)

À l'attention de ☐ Mme ☐ M.

Nom .....

ur l'année 2023

Prénom .....

Service/Fonction .....

E-mail .....

Libellé de la facture .....

Fait à : ..... Le : .....

Les informations recueillies sur ce formulaire sont nécessaires au traitement de votre inscription et sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'HOPITAL LOZERE dans la finalité de traitement de votre demande.
Conformément à la loi «informatique et libertés», vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou supprimer en vous adressant à : servicefc@@ch-mende.fr