

DEMANDE D'INSCRIPTION



À renvoyer au CNEH

- Par courrier : Service formation - 3, rue Danton 92240 Malakoff
- Par e-mail : formation@cneh.fr - 01 41 17 15 76

FORMATION*

Intitulé.....
Référence [] [] [] [] Date(s).....
Facturation sur Chorus Pro (établissements publics) : SIRET de l'établissement (14 chiffres) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Code Service Chorus (SE) Numéro d'Engagement Juridique (EJ)

FORMATION SUIVIE AU TITRE DU DPC* (l'attestation délivrée uniquement après obtention des informations ci-après)

Acquisition, entretien ou perfectionnement des connaissances

N° RPPS N° ADELI

Mode d'exercice dominant (> 50%) Salarié Libéral Mixte Service de santé des armées

PARTICIPANT*

Mme M. Nom Prénom

Secteur Direction Administratif Médical Soins et paramédical Technique et logistique

Autre

Métier exercé Pôle/Service

E-mail du participant (obligatoire)

Nom de l'établissement

Statut juridique de l'établissement Public Privé Espic

Adresse de l'établissement

Code postal [] [] [] [] [] Ville Téléphone [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

RESPONSABLE DE FORMATION*

Mme M. Nom Prénom

Adresse (si différente de l'établissement).....

Code postal [] [] [] [] [] Ville

Téléphone [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

E-mail (obligatoire)

FINANCEUR (SI DIFFÉRENT DE L'EMPLOYEUR) :*

Adresse

Code postal [] [] [] [] [] Ville.....

Depuis le 25 mai 2018, le Règlement général sur la protection des données (RGPD) a défini de nouvelles règles de protection des données à caractère personnel. Le CNEH ne recueille que les données indispensables à votre inscription et s'engage à ne pas les diffuser. Si vous souhaitez modifier ou supprimer vos coordonnées, vous pouvez adresser un mail à formation@cneh.fr

Date	Signature et cachet
------	---------------------

*tous les champs sont obligatoires



Organisme de formation : 11 92 1585 192 - Qualiopi : N° 2021/92714.1 - N°ODPC : 1044 - Siret : 30500959900146 - APE : 7022 Z