

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formulaire à nous retourner rempli et signé par courriel à : formation@mpsi-sante.fr.

Si vous souhaitez inscrire plusieurs salariés et bénéficier d'un compte « Responsable Formation » merci de nous contacter à l'adresse ci-dessus.

FORMATION

Intitulé de la formation :

Date(s) :

Lieu :

PARTICIPANT

Madame Monsieur

NOM Prénom :

Modalité de suivi souhaitée :

Distanciel Présentiel *

** Uniquement pour les sessions proposées en formation hybride.*

Fonction :

Courriel :

N°de téléphone :

ETABLISSEMENT

Public ESPIC Privé

Nom de l'établissement employeur :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

SIRET, SIREN ou FINESS :

Champs traités : SSR MCO HAD PSY

DIRECTION ETABLISSEMENT

Madame Monsieur

NOM Prénom de la Direction :

Fonction :

Courriel :

N°de téléphone :

RESPONSABLE DE FORMATION

Madame Monsieur

NOM Prénom Resp de Formation :

Fonction :

Courriel :

N°de téléphone :

Prise en charge et règlement de la formation

Règlement pris en charge par :

Adresse de facturation (si différente) :

Fait à :

Signature et cachet :

Le :

Engagé pour l'accueil et l'accompagnement en formation de tous, n'hésitez pas à contacter notre référent handicap : referent.handicap@mpsi-sante.fr