



FORMATION PRESENTIELLE BULLETIN D'INSCRIPTION

Remplir un formulaire par inscription - **Tous les champs sont obligatoires**



Si l'apprenant est en situation de handicap, contactez-nous pour toute information ou adaptation avant toute inscription

LA FORMATION

Intitulé de la formation : Donneurs de cellules souches hématopoïétiques et greffe de CSH

Code : HLA02

Prix : 840 euros

Date de la session : 14-15 novembre 2023

Lieu de la session : Grenoble

LE PARTICIPANT

M Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Né(e) le : _____ A : _____

Profession : _____ Fonction : _____

(par exemple : Médecin)

(par exemple : Responsable de dépôt)

Laboratoire / service : _____

Mode d'exercice dominant (>50%) : salarié libéral mixte service de santé des armées

N° RPPS : _____ ou N° ADELI : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ E-mail : _____

Avez-vous déjà suivi une formation avec notre organisme ? : oui non

Si oui, lesquelles ? : _____

L'ORGANISME EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale : _____ N° SIRET _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ E-mail : _____

LE SERVICE DE FACTURATION (si adresse différente)

Nom ou raison sociale : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ E-mail : _____

Signature et cachet du DRH / Responsable de formation

Merci d'adresser ce bulletin d'inscription complété par mail : ingrid.splingart@efs.sante.fr

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitement pour satisfaire les demandes des usagers et le cas échéant pour la gestion des relations scientifiques, techniques ou commerciales. Conformément à la réglementation européenne en vigueur, les utilisateurs disposent de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation de traitement, d'opposition au traitement et de portabilité concernant les données à caractère personnel à tout moment. Ces données enregistrées dans notre système d'information seront conservées/utilisées pendant 5 ans.