



## 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 : Immuno-hématologie érythrocytaire Niveau 1  
Code : IHE01  
Prix : 1965 euros  
Date de la session : 8-12 janvier 2024  
Lieu de la session : St Denis (93)

### 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 : [tereza.marie@efs.sante.fr](mailto:tereza.marie@efs.sante.fr)

L'Etablissement Français du Sang traite les données recueillies pour :

Gérer les actions de formation, préparer les documents légaux de formation, suivre la relation commerciale et améliorer la qualité des services, tenir la comptabilité, réaliser des opérations de prospection commerciale pour promouvoir les offres de formation.

En savoir plus sur la gestion de vos données et vos droits : <https://campus.efs.sante.fr/mentions-legales-formation/>