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 I

Code : IHE01
Prix : 1965 euros
Date de la session : 22-26 avril 2024 Lieu de la session : Paris

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

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-légales-formation/