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 : L'accréditation en LBM

Code : QLTE03
Prix : 2230 euros
Date de la session : 10-14 mai 2027 Lieu de la session : Saint-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

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/




ETABLISSEMENT FRANCAIS DU SANG – 20, Avenue du Stade de France – 93218 La Plaine Saint-Denis Cedex