

# BULLETIN D'INSCRIPTION - CESU 40

## CENTRE D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE

**cesu40@ch-mdm.fr 05 58 05 18 33**

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL MONT DE MARSAN ET DU PAYS DES SOURCES

Avenue Pierre de Coubertin – 40024 MONT DE MARSAN

Statut juridique : Etablissement public de santé

N° Agrément : 7240P003640 - N° S.I.R.E.T. : 264/004/284/000/16

*Le CESU 40 se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre de participants se révélait insuffisant.*

*Le paiement de la formation sera effectué auprès du Trésor Public, en fin de session, dès réception de la facture (TIP)*

### CANDIDAT

Civilité : M.  Mme

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de Famille, (anciennement Jeune Fille) :

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Dpt :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

EMAIL : (Impératif information/convocation)

FONCTION :

#### DIPLÔMES :

COPIES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT POUR TOUTE INSCRIPTION

ACCESSIBILITÉ : Si vous êtes porteur d'un handicap ou une personne à mobilité réduite → SI OUI, COCHEZ

### EMPLOYEUR

NOM :

SECTEUR D'ACTIVITÉ :

ADRESSE :

CODE POTAL :

COMMUNUE :

TELEPHONE :

FAX :

EMAIL : (Impératif convocation)

RÉFÉRENT DE FORMATION A CONTACTER :

INTITULÉ DE LA FORMATION :

DATES :

**REACTUALISATION** : validité de 4 ans avec copie du diplôme jointe IMPÉRATIVEMENT au bulletin d'inscription

Sauf si diplôme initial obtenu au CESU 40 → SI OUI, COCHEZ

### PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION ET FACTURE A ETABLIR

EMPLOYEUR :

ORGANISME / NOM :

PERSONNELLE :

ADRESSE DE FACTURATION :

SIGNATURE EMPLOYEUR / CACHET

« Bon pour accord »

SIGNATURE CANDIDAT