

Bulletin d'inscription

(1 par personne)

- **Intitulé de la formation :**

.....
 Dates :

- **Le/La Stagiaire à inscrire :**

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Fonction :

Numéro RPPS ou ADELI :

Courriel :

Si vous avez besoin d'un aménagement spécifique, vous pouvez nous contacter.

Quels sont vos attentes et besoins par rapport à la formation ?

.....

.....

- **Organisme ou établissement employeur :**

.....

N° SIRET :

Adresse :

.....

Personne à contacter :

Tél. : courriel :

Fax :

Coût de la formation :

- **Organisme financeur (OPCO):**

.....

N° SIRET :

Adresse :

.....

- **Personne à contacter:**

Tél. : courriel :

Fax :

Date et signature

Cachet

► A RETOURNER

- **Par mail :** cfc@ch-brive.fr

- **Téléphone :** 05 55 92 79 01

- **Par courrier :**

Centre de Formation et DPC - CH Brive
 Boulevard Docteur Verlhac - CS 70432
 19312 BRIVE-LA-GAILLARDE CEDEX