**Bulletin d’inscription**

**‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑‑**

**A retourner complété à :** **Instituts de Formation en Santé** –CHR Metz-Thionville – BAL n°83 – 1 allée du Château – CS 45001 – 57085 METZ CEDEX 3

Tél. : 03 87 55 38 91 ⏐karine.klein@chr-metz-thionville.fr ⏐[www.ecolesantemetz.com](http://www.ecolesantemetz.com)

Siret 26570280300569 ⏐Qualiopi 2021/97262.1 ⏐N° déclaration d’activité 41570260157

|  |
| --- |
| **Stagiaire/Participant/Apprenant****NOM :** ………………………………………………………………………………………………………… **Prénom :** ………………………………………………………………Adresse personnelle : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Code Postal : ……………………………………………………… Ville : ………………………………………………………………………………………………………………Téléphone : ………………………………………………………….. Votre e-mail : ………………………………………………………………….@.........................................Situation professionnelle : ……………………………………………………………………..…………………. Nombre d’années d’exercice : ………………………………… |

|  |
| --- |
| **Inscription**Intitulé de la Formation : …..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Date : ………………………………………………………………………………………………………… Lieu :……………………………………………………………………...Tarif : ……………………………………………………………… € |

|  |
| --- |
| **□ Financement employeur/Apprenant**□ Public □ Privé□ AutreLe Directeur, Mme, Mr, …………………………………………………………… Etablissement : …………………………………………………………………………………..Adresse établissement : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Code Postal : ……………………………………………………… Ville : ……………………………………………………………………………………………………………….Téléphone : ………………………………………………………….. Email : ………………………………………………………………….@...................................................**Si adresse différente : cochez les cases correspondantes et complétez**□ **Convention** : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….□ **Facturation** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...□ **Règlement à réception de la facture** avant ? après ? la formation□ **Facturation** OPCO (justificatif obligatoire) – Coordonnées de l’OPCO : ………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **□ Financement individuel**□ Chèque à l’ordre du Centre des Finances PubliquesChèque n° : ……………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………..Banque : …………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………...□ Virement bancaire : IBAN n° FR27 3000 1005 29C5 7300 0000 011 (nom du stagiaire obligatoire sur l’ordre de virement)□ Inscription avec une autre prise en charge, laquelle ? (ex. : mobilisation CPF)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Situation de handicap (si vous êtes concerné)**Présentez-vous une situation de handicap ? □ Oui □ Non Etes-vous reconnu travailleur handicapé ? □ Oui □ NonBesoins en moyens :□ Techniques : précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….□ Matériels/Organisationnels : précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..□ Humains, précisez : …………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………….. |

|  |
| --- |
| **Signature**Données personnelles : La réforme RGPD entre en vigueur le 25 mai 2018 au sein de l’Union Européenne. Vous disposez d’un droit d’accès, de modification, de rectification et de suppression des données personnelles vous concernant ayant été collectées par l’intermédiaire des Instituts de Formation en Santé ou par courrier. Pour exercer ce droit, il suffit d’adresser un courrier postal. **Toute demande de suppression de vos données implique cependant la clôture de votre compte client**. Les données personnelle vous concernant, recueillies par l’intermédiaire de ce bulletin d’inscription, en ligne ou non, sont utilisées uniquement dans le cadre de la mise en œuvre des services liés à votre inscription et ne font l’objet d’aucune communication à des tiers**.****□ J’accepte les conditions**Fait à : …………………………………………………………………………………….. le, ……………………………………………………………………………………………Signature valant acceptation des CGVSi inscription Employeur, signature du Directeur + Cachet de l’Etablissement. |