

CENTRES D'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE (CESU) DE L'AP-HP

N° d'organisme de formation : 11 75 PO156 75 - N° SIRET : 267 500 452 000 11

A retourner à : CESU 93 - Hôpital Avicenne – Sous-sol du SAMU 93 - 125, rue de Stalingrad - 93000 Bobigny
Tél : 01 48 96 44 66 – Mail : secretariat.cesu93.dfc@aphp.fr

INTITULE DE LA FORMATION :

DATE(S) DE LA FORMATION :

MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT

Participant	Nom usuel : _____ Prénom : _____
	Nom de jeune fille : _____
	Date de naissance :/...../.....Lieu et département de naissance : _____ (_____)
	Adresse : _____ _____
	Téléphone : _____ Adresse mail : _____
	Profession : _____
	Lieu d'exercice/service : _____
	Pour les inscriptions d'un groupe, indiquez le nombre de participants ici : _____ et joindre la liste des participants avec les éléments mentionnés ci-dessus. Situation de handicap à prendre en compte : <input type="checkbox"/> non - <input type="checkbox"/> oui, précisez _____

Employeur	Nom et adresse : _____ _____
	Téléphone : _____ Fax : _____
	N° SIRET ou SIREN : _____
	Adresse mail : _____

Prise en charge financière	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Organisme financeur (OPCO ...) préciser : _____
	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____

Si la prise en charge est personnelle : joindre obligatoirement une photocopie de la carte nationale d'identité (ou d'une pièce d'identité en cours de validité), un justificatif de domicile ainsi que la copie de votre diplôme.

Débiteur signataire	Coordonnées du débiteur signataire de la convention pour la prise en charge financière :
	Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____
	Société ou établissement : _____
	Adresse de facturation : _____
	N° SIRET ou SIREN : _____ Téléphone : _____ Adresse mail : _____

**Partie à remplir par la personne qui signera la convention pour la prise en charge financière
Joindre le contrat de prise en charge et les références dossier de l'OPCO s'il y a lieu**

Mme/M. _____
d'une facture du montant de _____
Fait à _____
Nom et qualité du signataire

s'engage à régler les frais de formation sur présentation
euros adressée par l'AP-HP en fin de session.
Le _____
Cachet de l'établissement

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé. L'AP-HP est le destinataire des données. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit vous pouvez adresser un mail au secrétariat ou un courrier (voir les coordonnées ci-**dessus**).

Dans le cadre de la démarche qualité, si vous souhaitez déclarer un évènement indésirable de formation (EIF), un formulaire de déclaration est disponible au secrétariat du CESU.