Réseau national de prévention des infections associées aux soins

FOCAL formation continue et alternance

BULLETIN D'INSCRIPTION :

Formation CCLIN 2017

STAGIAIRE : Toutes les mentions sont obligatoires, sous peine de non validation de la prise en charge par l'OGDPC

☐ Mme ☐ M. NOM : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

N° de sécurité sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

Adresse obligatoire : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. portable : ..... Tél. professionnel : .....

Email obligatoire (pour envoi convocation) : .....

Profession : .....

Mode d'exercice dominant (>50%) : ☐ Salarié ☐ Libéral ☐ Hospitalier

☐ Salarié d'un centre conventionné ☐ Service de santé des armées ☐ Mixte

N° RPPS ou ADELI : .....

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de cette/ces formation(s) : .....

INTITULE EXACT DE LA FORMATION :	Dates	Tarifs
Réaliser sa campagne vaccinale	**Du 11 au 12 mai 2017**	**450,00 €**

REGLEMENT

☐ Inscription à titre individuel, **joindre votre règlement (chèque à libeller à l'ordre de M. l'Agent comptable UCBL)**

☐ Inscription en parallèle sur le site de l'OGDPC, cette formation sera prise en charge par l'OGDPC dans la limite de mon forfait DPC disponible, ne pas joindre de règlement sauf si le forfait est insuffisant et/ou en cas de non règlement de l'OGDPC

☐ Inscription prise en charge par l'employeur, **renseigner l'attestation de prise en charge financière ci-dessous**

EMPLOYEUR : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je soussigné(e) ..... agissant en qualité de : .....

Pour le compte de : .....

S'engage à régler à l'université Claude Bernard Lyon 1 l'inscription mentionnée ci-dessus :

Pour un montant de : .....

Numéro de SIRET de l'établissement : |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| privé ☐ public ☐

Adresse de convention : .....

.....

.....

Nom du correspondant : .....

Tél : .....

Mail : .....

Adresse de facturation **Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, …) joindre un justificatif**

.....

.....

.....

Tél : .....

Mail : .....

Date **Signature du stagiaire** **Nom, signature et cachet de l'employeur**

Chaque formation sera assurée sous réserve d'un nombre suffisant d'inscrits.
L'inscription sera validée au retour de la convention signée par l'employeur ou le stagiaire.

Université Claude Bernard Lyon 1 - Service FOCAL - Antenne Santé – 8, Avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 08
Tél. : 04 78 77 71 20 – audrey.fay@univ-lyon1.fr - http://focal.univ-lyon1.fr - N° déclaration 8269 P 000169