

Bulletin inscription

A retourner dûment rempli :

Par courriel : ifhb@chb.unicancer.fr ou directement sur le site : www.becquerel.fr

Par courrier : IFHB – rue d’Amiens – CS11516 – 76038 Rouen Cedex 1

Formation

Intitulé :

Dates :

Coût :

Employeur

Nom :

Adresse :

Contact :

Téléphone : Email :

Stagiaire

M. Mme Date de naissance :/...../.....

Statut : Salarié Libéral Numéro ADELI : Numéro RPPS

Nom :

Nom de naissance : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Email :

Service :

Contexte du besoin en formation

Pour quelle raison professionnelle souhaitez-vous suivre cette formation ?

.....
.....
.....

Quel en sera l’apport pour vous dans votre contexte professionnel ?

.....
.....
.....

Prise en charge

Au titre de la participation des employeurs à la formation professionnelle continue
 par l’Employeur par l’Organisme gestionnaire (OPAC/OGDPC)
 Association - préciser nom et adresse :

A titre personnel (formation financée par le stagiaire sur son temps personnel)

Adresse personnelle :

Téléphone personnel : Email :

Autre financement :

Facture à adresser à : (si différent de la réponse précédente) :

L’employeur (préciser le service).....

Autre (à préciser) :

Païement

A réception de la facture par : Chèque bancaire Virement

Règlement à l’ordre de : Centre Henri Becquerel, en indiquant le numéro de la facture

Date et signature :