

**A retourner dûment rempli :**

Par courriel : [ifhb@chb.unicancer.fr](mailto:ifhb@chb.unicancer.fr) ou directement sur le site : [www.becquerel.fr](http://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) : .....

**Paiement**

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 :