

BULLETIN D'INSCRIPTION

A nous retourner dûment rempli à :

CENTRE HENRI-BECQUEREL

Rue d'Amiens

CS 11516

76038 ROUEN Cedex 1

Ou par mail à formation@chb.unicancer.fr



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 :

Prise en charge

Au titre de la participation des employeurs à la formation professionnelle continue

Par l'employeur Par l'organisme gestionnaire (OPCA / OGDPC) / Association - préciser nom et adresse :

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

Adresse personnelle:

Téléphone personnel : Email personnel :

Autre financement :

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

L'employeur (préciser le service) : Autre (précisez) :

Paiement

À réception de facture par : Chèque bancaire Virement

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

Date et signature :



CENTRE HENRI-BECQUEREL

CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE NORMANDIE - ROUEN
Rue d'Amiens - CS 11516 - 76038 Rouen Cedex 1 - Tél. : 02 32 08 22 22

www.centre-henri-becquerel.fr