



BULLETIN D'INSCRIPTION

POLE FORMATION
CENTRE DE FORMATION DES PROFESSIONS DE SANTE

N° déclaration existence : 82 38 P2339 38
SIRET : 263 800 302 000 14 – APE : 8610Z

A retourner avant la date limite d'inscription au :

CHU de Grenoble – Pôle Formation
BP 217 – 38043 GRENOBLE Cedex 09

☎ 04.76.76.50.22 📠 04.76.76.87.98

Formation choisie

Référence formation :

Intitulé :

.....

Dates :

.....

Coût :

Stagiaire

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse :

.....

Prise en charge : par l'employeur personnelle

Etablissement

Désignation :

Adresse :

.....

Nom du responsable de l'inscription :

Adresse mail :

Fait à le

Signature du stagiaire

Signature
et cachet de l'établissement