



Centre
Hospitalier
d'Auch
EN GASCOGNE

Soigner & prendre Soins



CENTRE HOSPITALIER D'AUCH

Allée Marie Clarac, BP 80382, 32008 AUCH cedex

Direction des Ressources Humaines - Service formation

Tél : 05 62 61 31 23 - Web : www.ch-auch.fr

Mail : formation@ch-auch.fr

N° déclaration activité : 73 32 00 511 32 – OGDPC : 01933

Siret : 26320004000016

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation proposée par le CENTRE HOSPITALIER D'AUCH

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM : Prénom :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Emploi/grade :

N°RPPS/ADELI :

Type d'exercice :

Adresse personnelle :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Mail personnel :@.....

Téléphone personnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Nom de l'employeur :

Nom du responsable ou du contact de l'inscription :

N° de téléphone du responsable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail du responsable :@.....

Adresse professionnelle :

Inscription : à titre personnelle à titre professionnelle

INFORMATIONS SUR LA FORMATION

Je m'inscris pour la formation (préciser l'intitulé) :

.....

Date(s) de la formation choisie :

Demande de convention : oui non

Individuelle	Par un tiers (employeurs, OPCA, pôle emploi, région...)
<p>Le stagiaire s'engage à prendre en charge financièrement cette action de formation dans les délais prévus par la convention et suite à son inscription.</p> <p>Date :</p> <p>Signature du participant :</p>	<p>L'employeur ou l'organisme de formation s'engage à prendre en charge cette action de formation. Après inscription, la convention et la facture seront adressées à l'organisme concerné.</p> <p>Nom et adresse de l'organisme de financement</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date :</p> <p>Signature et cachet de l'employeur :</p>