

FORMATION ABORD VASCULAIRE ECHOGUIDE

NIVEAU 1

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : Prénom :

Adresse personnelle :

.....

Téléphone (obligatoire) :

E-mail (obligatoire) :

Fonction du stagiaire :

Service et adresse professionnelle :

Nom – Prénom du cadre :

E-mail du cadre :

Tarif de la formation : 480 euros (déjeuner non compris)

Dates de session(s) souhaitée(s) (cf. site internet)

.....

Mode de prise en charge

Par l'employeur - Joindre un justificatif de prise en charge par l'employeur

Individuelle - Joindre une attestation d'autofinancement

Le coût de la formation sera à verser à la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or sur présentation d'un titre de recette

Accessibilité : demande particulière : OUI NON

Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l'institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d'envisager les aménagements possibles pour suivre la formation dans les meilleures conditions possibles : campusp.handicap@chu-dijon.fr

Fait à, Le

Signature :

Ce coupon est à retourner au moins un mois avant le début d'une session (passé ce délai, nous consulter) :

- **Par courrier :** Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue
A l'attention de Mme BREDILLET Laetitia – Assistante de formation
12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX

- **ou par mail :** campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr