

## **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](mailto: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](mailto:campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr)