

BULLETIN D'INSCRIPTION

Intitulé de la formation :

Date et lieu de la formation :

Tarif :

- **INFORMATIONS RELATIVES AU STAGIAIRE**

Nom Prénom :

Fonction(s) :

Lieu d'exercice :

Spécialité :

N° Adeli/ RPPS :

N° Ordre :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Avez-vous besoin d'un aménagement particulier pour suivre la formation ? :

OUI

NON

Si oui, veuillez revenir vers nous : unicancer-formation@unicancer.fr

- **INFORMATIONS RELATIVES A L'EMPLOYEUR**

Nom de l'employeur :

Adresse :

Adresse mail :

N° de téléphone :

- **INFORMATIONS RELATIVES AU REFERENT RH**

Nom du référent RH :

Adresse :

Adresse mail :

N° de téléphone :

- **INFORMATIONS RELATIVES AU RESPONSABLE HIERARCHIQUE**

Nom du responsable hiérarchique

Adresse

Adresse mail

N° de téléphone

- **PRISE EN CHARGE (rayer la mention inutile)**

A titre personnel :

Par l'employeur :

Par l'OPCO/ANDPC :

Par un laboratoire pharmaceutique :

- **MODALITE de PAIEMENT**

Dans le cadre d'une prise en charge individuelle :

Ci-joint la somme de €

Chèque bancaire

Libellé à l'ordre de Unicancer Formation

Je soussigné accepte les modalités d'inscription.

Date :

Signature :

Cachet de la société :