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 HIERACHIQUE**

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 :