

# Bulletin d'inscription

Un seul bulletin par Formation - à photocopier ou à télécharger sur [www.baclesse.fr](http://www.baclesse.fr)

**Date de la demande :** ...../...../.....

**Date de réception :**

(réservé sce Enseignement)

**Raison sociale de l'employeur ou nom – prénom (si statut libéral) :**

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Statut juridique de l'établissement :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Etablissement de santé public   | <input type="checkbox"/> Etablissement de santé privé |
| <input type="checkbox"/> Etablissement de soins privé à but non lucratif et participant au service public hospitalier [PSPH] |   |
| <input type="checkbox"/> Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes [EHPAD]                                    | <input type="checkbox"/> HAD Associatif               |
| <input type="checkbox"/> Centre de Soins conventionné  | <input type="checkbox"/> Autre : .....                |

**Profession libérale :**

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmier                    | <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Pharmacien d'officine titulaire |
| <input type="checkbox"/> Médecin - Spécialité : ..... |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Autre - précisez: .....      |                                      |  |

Numéro Adeli ou RPPS : ..... Date de naissance : .....

Financez-vous cette formation sur vos fonds personnels ?  oui  non

**Personne à contacter responsable du suivi de la formation :**

Mme  M.  Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : ..... Tél : .....

E-mail : .....@.....

**Adresse de facturation (si différente) :**

Nom/Etablissement/Société : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Personne(s) à inscrire :**

Code formation (se trouve sur la fiche-programme) : .....

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| <b>Nom :</b> ..... | <b>Adresse mail du participant<sup>2</sup></b>            |  |
|                    | <b>Fonction :</b>   |  |
|                    | <b>N° RPPS ou N° Adeli :</b>                              |  |
|                    | <b>Service :</b>  |  |
|                    | <b>Adresse mail du manager<sup>3</sup> du participant</b> |  |

1 : PSH : cochez cette case si la personne est en situation de handicap.

2 : Une adresse e-mail est obligatoire pour les activités asynchrones prévues au parcours de formation. L'adresse e-mail doit être individuelle au nom du stagiaire et non générique.

3 : Le manager du stagiaire est sollicité à l'issue du parcours de formation pour recueillir son appréciation (enquête en ligne).

☞ Tournez la page SVP



A renvoyer dûment rempli à l'adresse suivante :

Centre François Baclesse – Service Enseignement-Formation - 3, avenue du Général Harris – B.P. 45 026 – 14076 CAEN Cedex 5 –  
l.debonnaire@baclesse.unicancer.fr

|                    |   |   |  |
|--------------------|---|---|--|
| <b>Nom :</b> ..... | Adresse mail du <b>participant<sup>2</sup></b>  |   |  |
|                    | Fonction :                                      |   |  |
|                    | N° RPPS ou N° Adeli :                           |   |  |
|                    | <input type="checkbox"/> <b>PSH<sup>1</sup></b> | Service :   |  |
|                    |   | Adresse mail du <b>manager<sup>3</sup></b> du participant |  |
| <b>Nom :</b> ..... | Adresse mail du <b>participant<sup>2</sup></b>  |   |  |
|                    | Fonction :                                      |   |  |
|                    | N° RPPS ou N° Adeli :                           |   |  |
|                    | <input type="checkbox"/> <b>PSH<sup>1</sup></b> | Service :   |  |
|                    |   | Adresse mail du <b>manager<sup>3</sup></b> du participant |  |
| <b>Nom :</b> ..... | Adresse mail du <b>participant<sup>2</sup></b>  |   |  |
|                    | Fonction :                                      |   |  |
|                    | N° RPPS ou N° Adeli :                           |   |  |
|                    | <input type="checkbox"/> <b>PSH<sup>1</sup></b> | Service :   |  |
|                    |   | Adresse mail du <b>manager<sup>3</sup></b> du participant |  |

*Si vous souhaitez inscrire plus de participants, merci de photocopier cette page. 10% de remise sur le total de la facture à partir de 4 participants d'un même établissement (voir nos conditions générales de vente).*

*1 : PSH : cochez cette case si la personne est en situation de handicap.*

*2 : Une adresse e-mail est obligatoire pour les activités asynchrones prévues au parcours de formation. L'adresse e-mail doit être individuelle au nom du stagiaire et non générique.*

*3 : Le manager du stagiaire est sollicité à l'issue du parcours de formation pour recueillir son appréciation (enquête en ligne).*

#### Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel collectées par le service Enseignement du Centre François Baclesse dans le présent formulaire sont nécessaires pour l'exécution de la formation dans le respect du décret n°2015-790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle continue. Elles font l'objet d'un traitement informatique par le Centre François Baclesse et sont hébergées en France. Les données sont conservées aussi longtemps que nécessaire. Il s'agit essentiellement de données de contact et de qualification professionnelle. Ces données pourront être utilisées par le service Enseignement pour vous informer des prochaines actions de formation, conférences scientifiques ou tout autre événement d'information à caractère médical, scientifique ou paramédical. Aucune donnée ne sera transmise à ses partenaires.

Je refuse de recevoir des informations sur les formations et événements d'information scientifique de la part du Centre François Baclesse.

Votre nom : .....

Conformément à la loi du 6/01/1978 relative à l'informatique, les fichiers et les libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20/06/2018 relative à la protection des données personnelles, et au règlement UE n°2016/679 relatif à la protection des données (« RGPD »), vous disposez des droits suivants : droit d'accès, droit de rectification des données erronées, droit à la portabilité des données détenues par l'établissement, droit à la limitation des traitements s'il devient illicite, droit à l'effacement des données recueillies ou traitée de manière illicite, droit d'opposition à l'utilisation ultérieure de vos données.

Si vous souhaitez exercer l'un de ces droits, vous devez vous rapprocher du délégué à la protection des données du Centre François Baclesse :

- par mail :  
 dpo@baclesse.unicancer.fr

- ou par courrier :  
 Centre François Baclesse - A l'attention du Délégué à la Protection des Données  
 - BP 45026 - 14076 Caen cedex 05



A renvoyer dûment rempli à l'adresse suivante :

Centre François Baclesse – Service Enseignement-Formation - 3, avenue du Général Harris – B.P. 45 026 – 14076 CAEN Cedex 5 –  
 l.debonnaire@baclesse.unicancer.fr