|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | PRENOM : |
| ADRESSE PERSONNELLE : |
| CP : | VILLE : |
| PROFESSION : |
| MAIL : |
| TEL.  PORTABLE : | TEL. FIXE : |

**INSCRIPTION FORMATION INDIVIDUELLE/ETUDIANT**

Formation individuelle (100 €) Tarif réduit étudiant sur justificatif (75 €)

 Je joins un règlement de € par chèque à l’ordre de Réseau ORPHEE

**Formulaire à ré adresser par courrier au Dr Samantha AL JOBOORY,**

**CASPERTT, 31 rue des Cavaillès, 33310 Lormont**

**INSCRIPTION AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE**

Formation continue (200 €) – Une convention de formation vous sera adressée

|  |
| --- |
| NOM ETABLISSEMENT  |
| ADRESSE ETABLISSEMENT : |
| CP : | VILLE : |
| NOM / PRENOM DU RESPONSABLE FORMATION : |
| MAIL DU RESPONSABLE FORMATION  : |
| TELEPHONE DU RESPONSABLE FORMATION  : |

|  |  |
| --- | --- |
| Cachet de l’établissement | Date Signature du responsable formation |

|  |  |
| --- | --- |
| **Formulaire à ré adresser par courrier au :****Centre Hospitalier de CADILLAC****Service GPMC/Formation continue****89, rue Cazeaux Cazalet****33410 CADILLAC** | **Formulaire à ré adresser par mail à :****Formation.continue@ch-cadillac.fr****Emmanuelle.palem@ch-cadillac.fr****Contact :** Mme CAPDEGELLE, M. LIOTEAUTél : 05-56-76-54-54    postes  5025 – 5047 |