|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**](mailto:Formation.continue@ch-cadillac.fr)  [**Emmanuelle.palem@ch-cadillac.fr**](mailto:Emmanuelle.palem@ch-cadillac.fr)  **Contact :** Mme CAPDEGELLE, M. LIOTEAU  Tél : 05-56-76-54-54    postes  5025 – 5047 |