EPSAN Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Datadock

V22.10.2021
N° de déclaration 4267P002867

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PREMIER SECOURS EN SANTE MENTALE 2022

PARTICIPANT

Nom : .....
Nom de naissance (si différent) : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Lieu de naissance : .....
Courriel personnel : .....
Profession ou formation en cours : .....
Employeur : .....
.....
Adresse : .....
.....
Code postal : ..... Ville : .....
: .....Fax : .....
Courriel : .....

SESSION 2022

Prix de la formation : **250 €**

Prix groupe : nous consulter

Le prix comprend les 2 jours deformation présentielle (hors repas), la documentation dont le livre pédagogique PSSM

Sessions de formation présentielle :

....Jeudi 1er et vendredi 2 septembre 2022
Durée : 14 heures (9h00-17h00)
Lieu : EPSAN Strasbourg
20 rue Becquerel 67200 STRASBOURG

☐

Adresse :
EPSAN Siège
Etablissement public de santé Alsace Nord
141 AVENUE DE STRASBOURG BP 426
67173 BRUMATH CEDEX

ORGANISME DE FACTURATION (si différent) à remplir impérativement au moment de l'inscription

Merci de joindre un bon de commande/ l'accord de prise en charge

Organisme et adresse: .....
.....

Coordonnées du correspondant formation (mention obligatoire)
Nom : .....Prénom: .....
Tél. : ..... Fax .....
N° SIRET /_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/_ _/ Code NAF/APE : /_ _/_ _/_ _/_ _/

DELEGATION DE PAIEMENT A UN OPCA (SUBROGATION)

A remplir impérativement au moment de l'inscription si la facture est à adresser à un Organisme Paritaire Collecteur Agréé - Merci de joindre l'accord de prise en charge / subrogation.
Nom de l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) :.....
Adresse.....
.....
Code postal: .....Ville:.....
Tél. : ..... Email : .....
Montant de la prise en charge par l'OPCA (mention obligatoire):
.....

MODALITES FINANCIERES : Paiement uniquement à réception de facture

☐ Etablissement d'un contrat de formation professionnelle (particulier)
☐ Etablissement d'une convention de formation professionnelle (financement employeur/OPCA) - **Merci de joindre l'accord de prise en charge pour l'employeur / ou de subrogation pour l'OPCA**

A .....Le .....

Signature du participant :