

DEMANDE D'INSCRIPTION



À renvoyer au CNEH

- Par courrier : Service formation - 3, rue Danton - 92240 Malakoff - Par fax : 01 41 17 15 79 ou 01 41 17 15 32
- Par e-mail : formation@cneh.fr

FORMATION*

Intitulé.....

Référence [][][][] Date(s)

FORMATION SUIVIE AU TITRE DE :*

Acquisition, entretien ou perfectionnement des connaissances

DPC (l'attestation sera délivrée uniquement après obtention des informations ci-après)

N° RPPS N° ADELI

Mode d'exercice dominant (>50%) Salarié Libéral Mixte Service de santé des armées

Vous êtes inscrit au conseil de l'Ordre suivant :

E-mail du conseil de l'Ordre

PARTICIPANT*

Mme M. Nom Nom de naissance

Prénom Date de naissance [][][][][][]

Métier exercé Pôle/Service

E-mail du participant (obligatoire).....

Nom de l'établissement.....

Statut juridique de l'établissement Public Privé Mixte

Adresse de l'établissement.....

Code postal [][][][][] Ville

Téléphone [][][][][][][][] Télécopie [][][][][][][][]

RESPONSABLE DE FORMATION*

Mme M. Nom Prénom.....

Adresse (si différente de l'établissement).....

Code postal [][][][][] Ville

Téléphone [][][][][][][][] Télécopie [][][][][][][][]

E-mail (obligatoire)

FINANCEUR (SI DIFFÉRENT DE L'EMPLOYEUR):*

Adresse

Code postal [][][][][] Ville.....

Depuis le 25 mai 2018, le Règlement général sur la protection des données (RGPD) a défini de nouvelles règles de protection des données à caractère personnel. Le CNEH ne recueille que les données indispensables à votre inscription et s'engage à ne pas les diffuser. Si vous souhaitez modifier ou supprimer vos coordonnées, vous pouvez adresser un mail à formation@cneh.fr

Date

Signature et cachet

*tous les champs sont obligatoires



N° 0023750

N° de déclaration d'activité : 11 92 1585 192 N°ODPC : 1044 - Siret : 30500959900138 - NAF : 9499 Z