



INTITULÉ :

DATES :

Bulletin
à photocopier et
à nous retourner

Le stagiaire Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse (n° et rue) :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mobile :

Courriel :

Activité actuelle :

Diplôme détenu :

L'employeur Nom de l'établissement :

Adresse (n° et rue) :

Code postal : Ville :

Nom de la personne responsable et fonction :

.....

Téléphone : Fax :

Courriel :

Prise en charge financière

Par le stagiaire : Je m'engage à payer les frais de formation. Date : Signature :

Par ANDPC : Pour les libéraux et professionnels salariés des centres de santé. Inscription préalable sur www.mondpc.com

Par Pôle Emploi

Par CPE

Par l'établissement employeur : Je soussigné(e), M. atteste la prise en charge des frais du programme DPC ou de la formation, s'élevant à €, par l'établissement que je représente juridiquement.

Date : Signature :

Cachet de l'établissement :

Merci de préciser à qui doit être adressée la facture :

.....

À l'établissement directement

À votre OPCO si une subrogation de paiement est établie.

Indiquer le nom et les coordonnées de votre OPCO :

.....