

Bulletin d'inscription pour les formations courtes
valant convention de formation simplifiée ou contrat de formation professionnelle continue

| | |
|--|--|
| Contact : neila.rhaiem@univ-grenoble-alpes.fr Tél : 04 76 63 74 34 | UGA : <input type="checkbox"/> UFR Médecine <input checked="" type="checkbox"/> UFR Pharmacie FCU-Santé - CS 40700 – 38058 Grenoble Cedex 9 |
| SIRET : 130 026 081 00013 – NACE : 8542Z - N° de déclaration d'activité auprès de la Préfecture de la région ARA: 84 38 07364 38 | |

Formation : Education Thérapeutique du patient (Niveau 1)

Dates : 13, 14, 15 avril et 11, 12, 13 mai 2022 (9h00-13h00 / 14h00-18h00) **Durée :** 40 heures

Modalités : Présentiel A distance Mixte

Examen en juin (date non communiquée à ce jour)

Tarif : 1200 € (Tarif réduit : étudiant : 750 €)

Lieu : CHU Grenoble

Stagiaire de la formation continue : M, Mme **(ou Groupe avec liste nominative en annexe)**

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance (mention obligatoire) :

Nationalité :

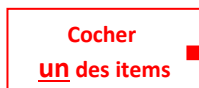
| | |
|--|---|
| Profession : et éventuellement votre spécialité : | Statut <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> libéral <input type="checkbox"/> fonction publique <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Demandeur Emploi |
| Pour les professions de santé, votre N° RPPS ou Adeli : | |

| | |
|---|---|
| Adresse personnelle : CP : Ville : | Adresse de facturation si différente |
|---|---|

Financement : Cocher en fonction des modalités de prise en charge

Montant pris en charge par le participant : €

Conditions de règlement par le participant : joindre le règlement au bulletin et l'adresser à :
UGA / FCU-Santé – Site Santé – CS 40700 – 38058 Grenoble Cedex 9.



Je souhaite recevoir à **réception** de ce bulletin : une attestation de paiement

Je souhaite recevoir **ultérieurement** : une facture acquittée

Montant prise en charge par l'employeur : € (Bon de commande)

Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° Siret : Code NACE :

Contact administratif : Fonction :

Téléphone : Courriel :

Montant prise en charge par un autre organisme € (Prise en charge obligatoire)

Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Contact administratif : Fonction :

Téléphone : Courriel :

Le financeur reconnaît avoir pris connaissance des conditions générales de vente (CGV) accessibles en ligne sur le site de l'UGA :
www.univ-grenoble-alpes.fr/ftlv

Date :

Stagiaire (si financeur)
Signature **(obligatoire)**

Entreprise (si financeur)
Signature et cachet **(obligatoire)**

Pour le Président de l'UGA
et par délégation, Le Doyen de l'UFR