

Bulletin d'inscription valant convention de formation simplifiée ou contrat de formation professionnelle continue

Contact : Léna BORRANI Tél : 04.38.38.83.41 lena.borrani@univ-grenoble-alpes.fr	UGA <input checked="" type="checkbox"/> UFR Médecine <input type="checkbox"/> Pharmacie FCU-Santé - CS 40700 – 38058 Grenoble Cedex 9
--	--

Formation : Infirmiers en santé au travail / Module Grenoble Santé Mentale / Année universitaire 2024-2025

Dates : **Durée :** 30 heures **Modalités :** Présentiel A distance Mixte

Tarif : 625€ **Exo TVA art.261-4-4° code général des impôts CGI** **Lieu :**

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

Nom : **Prénom :**
Téléphone : **Courriel :**

Profession : Et éventuellement votre spécialité : Pour les professions de santé, votre <u>N° RPPS ou Adeli</u> :	Statut : <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> libéral <input type="checkbox"/> fonction publique <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Demandeur Emploi
<input type="checkbox"/> Personnel UGA <input type="checkbox"/> Membre COMUE Grenoble Si oui : Nom de votre établissement :	<input type="checkbox"/> Etudiant* (joindre copie carte d'étudiant) <i>*sous réserve d'éligibilité à la formation</i>

Adresse personnelle Adresse 1 : Adresse 2 : Code postal : Ville :	Adresse de facturation si différente
---	--

Financement : (cocher en fonction des modalités de prise en charge)

Montant pris en charge par le participant €

Date de naissance (mention obligatoire) :

Nationalité :

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.

Cocher un des items

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 et accepter les conditions générales de vente ci-jointes au document.

Date :

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

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

Pour le Président et par délégation,
 Le doyen UFR
 Signature et cachet **(obligatoire)**