SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes

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

Contact : sarah.kallal@univ-grenoble-alpes.fr **Tél :** 04.38.38.83.45	**UGA :** ☐ **UFR Médecine** ☒ **UFR Pharmacie** **FCU-Santé - CS 40700 – 38058 Grenoble Cedex 9**
SIRET : 130 026 081 00013 – NACE : 8542Z – N° de déclaration d'activité : 84 38 07364 38 – Datadock : 0080632	

Formation Courte : *DISPOSITIFS MÉDICAUX ET SANTÉ CONNECTÉE 2024/2025*

Durée : 10 heures **Modalités :** ☐ Présentiel ☒ A distance ☐ Mixte

Tarif : ☐ 380€ **Exo** TVA art.261-4-4° code général des impôts CGI
☐ 190€ (uniquement pour les formations initiales)

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 :** **Pour les professions de santé, votre N° RPPS ou Adeli** :	**Statut** ☐ Privé ☐ libéral ☐ fonction publique ☐ Sans activité ☐ Demandeur Emploi

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.

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 reconnait 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