

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner au **SERVICE FORMATION** à l'adresse : congres.jpr@ch-arles.fr

Intitulé de la formation : **CONGRES JOURNEES PARAMEDICALES DE REANIMATION**

Dates : Les 25 et 26 septembre 2025 à ARLES

Coût : Inscription formation continue : 50 € Inscription individuelle : 30€

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT

Employeur ☐ Personnelle ☐

STAGIAIRE

Titre de civilité Madame ☐ Monsieur ☐

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance __/__/____ Lieu de naissance

Profession/Grade

Adresse email

Téléphone

Adresse postale

Code postal

ETABLISSEMENT (à compléter uniquement si prise en charge "employeur ")

Etablissement PUBLIC ☐ / PRIVE ☐

Nom de l'établissement

Nom du responsable de

l'inscription

Adresse email

Téléphone

Nom et fonction du

signataire de la convention

Adresse de facturation

Code postal

N° SIRET de facturation

Ville

N° CHORUS

Fait à

Le __/__/____

Signature du
stagiaire

Signature de
l'établissement