

Bulletin d'inscription

A photocopier ou à télécharger sur www.baclesse.fr

Raison sociale de l'employeur ou nom – prénom (si statut libéral) :

.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Statut juridique de l'établissement :

- ☐ Hôpital Privé
 ☐ Clinique privée
☐ Etablissement de soins privé à but non lucratif et participant au service public hospitalier [PSPH]
☐ Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes [EHPAD]
☐ HAD Associatif
 ☐ Centre de Soins conventionné
☐ Autre :

Profession libérale :

- ☐ Infirmier
 ☐ Diététicien
 ☐ Pharmacien d'officine
☐ Médecin - Spécialité :

Personne à contacter responsable du suivi de la formation :

- ☐ Mlle
 ☐ Mme
 ☐ M.
 Nom :
 Prénom :
 Fonction : Tél :
 E-mail : @

Adresse de facturation (si différente) ou prise en charge par un O. P. C. A. :

Nom/Etablissement/Société :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Nom – Prénom des participants	Fonction	N° RPPS ou N° Adeli	Adresse mail des participants	Service	Code Formation



A renvoyer dûment rempli à l'adresse suivante :

Centre François Baclesse – Service Enseignement-Formation
 3, avenue du Général Harris – B.P. 5026 – 14076 CAEN Cedex 5
l.debonnaire@baclesse.unicancer.fr