

Bulletin d'inscription

(tous les champs sont obligatoires - écrire lisiblement)

Bulletin d'inscription à adresser à :

Sessions présentielles ou distancielles :

JOKER FORMATION 24, rue BUFFAULT - 75009 PARIS
mail : contact@jokerformation.fr

Nom de la formation :

Assurer un accueil de qualité et gérer les situations d'accueil difficile en établissement de santé

Organisme de formation
Déclaration d'activité n° 11756318975
(cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État)

Date de la formation :

A définir sur Trimestre 1 de 2024

Lieu : Site client

Horaires : 9h00 - 17h00

Renseignements concernant les participants

▼ Nom		▼ Prénom		▼ Nom		▼ Prénom	
.....		
.....		
▼ Fonction ou spécialité		▼ Service ou pôle d'appartenance		▼ Fonction ou spécialité		▼ Service ou pôle d'appartenance	
.....		
.....		
▼ Adresse mail du participant (requis pour l'accès extranet)				▼ Adresse mail du participant (requis pour l'accès extranet)			
.....						
.....						
▼ <input type="checkbox"/> N°ADELI ou <input type="checkbox"/> N°RPPS		▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :		▼ <input type="checkbox"/> N°ADELI ou <input type="checkbox"/> N°RPPS		▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :	
.....		
		<input type="checkbox"/> Cocher la case				<input type="checkbox"/> Cocher la case	
▼ Nom		▼ Prénom		▼ Nom		▼ Prénom	
.....		
.....		
▼ Fonction ou spécialité		▼ Service ou pôle d'appartenance		▼ Fonction ou spécialité		▼ Service ou pôle d'appartenance	
.....		
.....		
▼ Adresse mail du participant (requis pour l'accès extranet)				▼ Adresse mail du participant (requis pour l'accès extranet)			
.....						
.....						
▼ <input type="checkbox"/> N°ADELI ou <input type="checkbox"/> N°RPPS		▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :		▼ <input type="checkbox"/> N°ADELI ou <input type="checkbox"/> N°RPPS		▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :	
.....		
		<input type="checkbox"/> Cocher la case				<input type="checkbox"/> Cocher la case	

Renseignements concernant l'établissement

▼ Nom de l'établissement		▼ Type d'établissement (cocher la case)			
.....		<input type="checkbox"/> CHU - CHRU			
.....		<input type="checkbox"/> CH			
.....		<input type="checkbox"/> EPSM - CHS			
.....		<input type="checkbox"/> CLCC			
.....		<input type="checkbox"/> Privé non lucratif (hors CLCC)			
.....		<input type="checkbox"/> Privé lucratif			
.....		<input type="checkbox"/> Service de Santé au Travail			
.....		<input type="checkbox"/> EHPAD			
.....		<input type="checkbox"/> ESSMS (hors EHPAD)			
.....		<input type="checkbox"/> ARS			
.....		<input type="checkbox"/> Conseil Départemental			
.....		<input type="checkbox"/> DDCSPP/DRJSCS			
.....		<input type="checkbox"/> Assurance maladie			
.....		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			
▼ Adresse postale complète du Service de Facturation		▼ Adresse postale complète du Service de la Formation Continue			
.....				
.....				
▼ Numéro de SIRET		▼ Adresse mail du Service de la Formation Continue (envoi des conventions, convocations, attestations, factures)			
.....				
.....				
▼ Code service		▼ Adresse mail du Service de Facturation			
.....				
.....				

Règlement

Signature et cachet

▼ Frais d'inscription pris en charge par (cocher la case)			Fait à le
<input type="checkbox"/> Budget Formation de l'Établissement	<input type="checkbox"/> ANFH	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Autre OPCO		
▼ Règlement			
<input type="checkbox"/> Ci-joint un chèque de€ à l'ordre de Joker Formation. <input type="checkbox"/> Virement bancaire			
Votre inscription ne sera considérée comme définitive qu'après réception de votre bulletin d'inscription revêtu de la signature et du cachet de votre établissement. La signature de ce bulletin d'inscription vaut bon de commande et signifie acceptation sans réserve des conditions de participation mentionnées dans la rubrique "Informations pratiques - CGV - Règlement Intérieur".			