

5 Formulaire d'inscription

Titre de la formation en INTER :

Date(s) de session(s) souhaitée(s) :

Participant

Nom d'usage : Prénom :

Téléphone :

E-mail de contact :

Profession : N°RPPS ou ADELI :

Mode d'exercice : Hospitalier Libéral Autre :

Etablissement d'exercice :

Service et/ou adresse d'exercice :

Il est demandé aux personnes en situation de handicap d'en informer la CoPéGE lors de l'inscription afin que les mesures d'accompagnement soient prévues.

Un rendez-vous peut vous être proposé.

Besoins particuliers :

Mode de financement

Employeur Individuel (autofinancement) Autre (préciser) :

Information financeur, le cas échéant

Responsable de l'établissement (signataire de la convention) :

Téléphone : E-mail de contact :

Date : Signature

Important : Votre inscription ne sera définitive qu'à réception d'une convocation envoyée par la CoPéGE, sous réserve des places disponibles. Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte

Contact

La personne en charge des relations, inscriptions et de l'organisation en local est indiquée sur chaque fiche de formation

« La Coordination Périnatale Grand Est (CoPéGE) traite vos données personnelles pour gérer votre participation à la formation sur la base de l'exécution du contrat. Dans le cadre de ce traitement, vos données sont traitées par l'équipe en charge de la formation, par les formateurs ainsi que les sous-traitants fournissant nos outils informatiques. Vos données sont susceptibles d'être transférées hors de l'Union européenne. Pour toute information complémentaire, contactez notre délégué à la protection des données à dpo@rgpd-sante.com. »