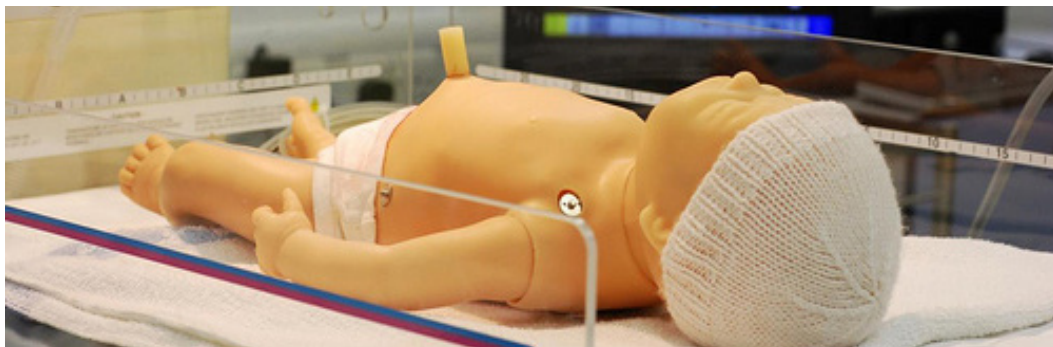


INSCRIPTION

PRISE EN CHARGE

DU NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE



€ TARIFS

- › S'inscrire en équipe constituée : 325€ / pers.
- › Equipe complète (pour 8 personnes) : 2600 € j. / gr.
Le groupe peut être constitué de 2 maternités de même type.

Prise en charge financière

Nom de l'établissement :

Maternité : Type 1 Type 2 Type 3

N° SIRET :

Adresse :

Responsable du service formation :
M. Mme Nom :

Prénom :

Tél :

Courriel :

Renseigner le nom des participants au dos

Date, signature du Responsable et cachet de l'établissement :

INSCRIPTION

PRISE EN CHARGE DES URGENCES VITALES

MATERNELLES EN SALLE DE NAISSANCE



€ TARIFS

- › S'inscrire en équipe constituée : 330€ / pers.
- › Equipe complète (pour 10 personnes) : 3300 € j. / gr.
Le groupe peut être constitué de 2 maternités de même type.

Prise en charge financière

Nom de l'établissement :

Maternité : Type 1 Type 2 Type 3

N° SIRET :

Adresse :

Responsable du service formation :
M. Mme Nom :

Prénom :

Tél :

Courriel :

Renseigner le nom des participants au dos

Date, signature du Responsable et cachet de l'établissement :

Participants de l'équipe constituée de votre maternité

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Dates privilégiées

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 27 juin 2019 | <input type="checkbox"/> 7 novembre 2019 |
| <input type="checkbox"/> 19 septembre 2019 | <input type="checkbox"/> 5 décembre 2019 |
| <input type="checkbox"/> 10 octobre 2019 | |

Signature

La signature du présent bulletin vaut acceptation des conditions précisées, ci-dessous :

- Les inscriptions seront enregistrées dans l'ordre d'arrivée et dans la limite des places disponibles.
- Une confirmation d'inscription sera envoyée par mail.
- En cas d'annulation par l'établissement ou le participant moins de 10 jours ouvrés avant le début de la formation, le CFPS facturera 25% du coût de la formation et 100% du montant et en cas d'annulation moins de 2 jours ouvrés avant le début de la formation.

Participants de l'équipe constituée de votre maternité

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Fonction : Fonction :

Dates privilégiées

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 6 juin 2019 | <input type="checkbox"/> 14 novembre 2019 |
| <input type="checkbox"/> 20 juin 2019 | <input type="checkbox"/> 12 décembre 2019 |
| <input type="checkbox"/> 12 septembre 2019 | <input type="checkbox"/> 19 décembre 2019 |
| <input type="checkbox"/> 3 octobre 2019 | |

Signature

La signature du présent bulletin vaut acceptation des conditions précisées, ci-dessous :

- Les inscriptions seront enregistrées dans l'ordre d'arrivée et dans la limite des places disponibles.
- Une confirmation d'inscription sera envoyée par mail.
- En cas d'annulation par l'établissement ou le participant moins de 10 jours ouvrés avant le début de la formation, le CFPS facturera 25% du coût de la formation et 100% du montant et en cas d'annulation moins de 2 jours ouvrés avant le début de la formation.