

**La rédaction des certificats de décès par les infirmiers :
accompagnement et consolidation des pratiques
Module 1 et/ou Module 2**

BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUEL
PARTICIPANT

 Module 1 :

 Module 2 :

 Date(s) de session(s) choisie(s) :

 Nom : Prénom :

 Nom de naissance :

 Fonction (*) :

(*) merci de joindre la photocopie de votre diplôme d'infirmier.e

 Tél : Mail :

 Financement individuel :

 Financement entreprise :

 Établissement :

 Adresse :

 Code postal : Ville :

 N° SIRET : Code APE :
INTERLOCUTEURS ENTREPRISE
Signataire de la Convention

 Nom : Prénom :

 Fonction : Tél :

 Mail :
Responsable du suivi du dossier facturation

 Nom : Prénom :

 Fonction : Tél :

 Mail :
Date, Signature :

Cachet :

