

INSCRIPTION A LA FORMATION

CONSTRUIRE UNE DEMARCHE DE SOIN ASSOCIEE A LA PREVENTION DES TMS DANS LES STRUCTURES DE SANTE

Organisme de formation déclaré sous le n° : 11 75 49587 75
N° SIRET : 775 682 990 00038

Etablissement

NOM :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Contact - Responsable de l'inscription

NOM - Prénom :
Fonction : Service :
Téléphone : Courriel :

Nous souhaitons inscrire

à la formation « Décideurs » : PILOTER ET ACCOMPAGNER LA DEMARCHE

NOM & Prénom :
Fonction :

à la session : (cocher la case correspondante)

2023-01 DIR

à la formation « Référents » : FORMER UN REFERENT PREVENTION TMS

NOM & Prénom :
Fonction :

à la session : (cocher la case correspondante)

2023-01 RP

2023-02 RP

Le signataire de la Convention de Formation pour notre établissement sera :

NOM – Prénom :
Fonction :

Fait à : , le / /

Signature du responsable de l'inscription :
.....

Cachet de l'établissement :

Document à retourner à :

📧 : Hôpital Paris Saint Joseph – DRH – Centre Ressources – 185 rue Raymond Losserand, 75674 PARIS Cedex 14

✉ : centre.ressources@ghpsi.fr

☎ : 01.44.12.35.47