



# Fiche d'inscription aux Formations Pour les professionnels extérieurs (Hors GHT)

(Une fiche par personne et par formation)


**Pour vous inscrire,  
scanner ou photocopier ce  
bulletin, puis le remplir  
en lettres capitales  
et le retourner :**

- **par email :**  
[formationcontinue@chu-rennes.fr](mailto:formationcontinue@chu-rennes.fr)  
**ou**
- **par courrier postal à :**

CHU de RENNES  
Délégation à la formation  
continue  
2 rue Henri Le Guilloux  
35033 RENNES Cedex 9

Le CHU de RENNES est enregistré  
sur le n°53 35 P 008 435  
*Cet enregistrement ne vaut pas  
agrément de l'Etat.*

ODPC : n° 2532 habilité à dispenser  
des programmes de DPC

 Les personnes en situation  
de handicap souhaitant  
bénéficier d'un accueil  
spécifique peuvent s'adresser  
par téléphone au :  
02 99 28 97 22  
ou par courriel à :  
[formationcontinue@chu-rennes.fr](mailto:formationcontinue@chu-rennes.fr)

Retrouvez toute l'offre de  
formation du CHU de RENNES  
sur le site [www.chu-rennes.fr](http://www.chu-rennes.fr)

Titre de la formation : .....

Dates : ..... Tarif : .....

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Grade : .....

Date de naissance : .....

Adresse e-mail (obligatoire) : .....

Nom et prénom de votre responsable formation :

Adresse e-mail (obligatoire) de votre responsable formation : .....

Statut juridique de l'établissement :  Public  Privé

N° de SIRET : ..... Code APE .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Formation suivie au titre de :

Si vous suivez cette formation au titre du DPC, complétez obligatoirement les  
informations ci-dessous :

Si vous êtes inscrit au conseil de l'ordre, indiquez l'adresse e-mail du conseil dont  
vous dépendez : .....

Et votre numéro ADELI ..... ou RPPS .....

Si non, indiquez l'adresse e-mail de votre responsable formation : .....

Mode d'exercice :  Salarié  Libéral  Mixte

Financier (si différent de l'employeur) : .....

Adresse de facturation (si spécifique) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Fait le .....  
*Visa du Responsable de l'établissement*

***Toute inscription sera validée à compter de la réception d'une convention de formation définissant  
les modalités pratiques d'organisation et de règlement de la formation.***

*Les renseignements fournis seront saisis sur un fichier informatique. En application de la loi 78-17 du 6  
janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer votre droit individuel  
d'accès auprès de la Délégation à la formation continue.*