CHU NANTES - Département Formation continue - 5 allée de l'ile Gloriette – 44093 NANTES Cedex 1
Numéro de déclaration d'activité : 52 440 433 644 / Numéro DPC : 14001600005

A T T E S T A T I O N D E P R I S E E N C H A R G E

Je soussigné, …….....,
Représentant légal ……,
Adresse : …….
CP – VILLE :…….

Affaire suivie par
Nom :…… Prénom : ……
Service : ……..
Tél. ……
Courriel : ……

Certifie que les agents, dont les noms suivent, participeront à la formation intitulée :

" EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT "

Le 8 décembre 2016 à Nantes

NOM	PRENOM	GRADE / FONCTION	SERVICE

Soit ……. participant(s), pour un coût global de ……..... X 120€ et dont la prise en charge financière est assurée au titre de la formation continue.

Fait à……..…, le ……..……

Nom : Qualité : Signature :