

Formation

Intitulé de la formation : **formation complémentaire mesures transitoires IDE exerçant au bloc opératoire-21h**

Lieu : **IFIS - CHU de Nantes - site plateau des écoles (50 route de St Sébastien)**

Prix : **Etablissement GHT 44 : 1700€**

Dates : ☐ 5-6-7 mai

Etablissement Hors GHT 44 : 2100€

☐ 2-3-4 septembre

☐ 29-30 sept-1^{er} octobre

☐ 3-4-5 novembre

Participant

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Date et lieu de naissance : Service :

Code Sésame : **N° RPPS** :

N° ADELI : SIRET :

Adresse :

N° de téléphone : Courriel :

Service d'exercice :

Mode d'exercice principal : ☐ Libéral ☐ Salarié d'un centre de santé conventionné

☐ Auto salarié ☐ Mixte

Joindre l'autorisation provisoire d'exercice des actes et activités du 4311-1-1 de moins de 1 an

Coordonnées employeur

Nom de l'employeur : N° SIRET :

Adresse :

CP : Ville :

Email : Téléphone :

Nom de la personne en charge des départs en formation :

Adresse mail :

Prise en charge de la formation

☐ Financement personnel

Un contrat vous sera envoyé et la facture vous sera adressée à terme échu de la formation. Si règlement par chèque, attendre également la réception de la facture

☐ Par l'employeur

Joindre une attestation de prise en charge :
Une convention sera adressée à votre employeur, et la facture lui sera adressée à terme échu de la formation

☐ Autre, précisez :

.....

Fait à :

le :

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de l'employeur :

Votre contact

Nom : Institut de Formation des Infirmiers Spécialisés Courrier : IFIS - Formation continue - 50, route de Saint-Sébastien
44093 Nantes cedex

Téléphone : 02 40 84 68 79

Courriel : **bp-fc-ifis@chu-nantes.fr**