

Formation

Intitulé de la formation :

Date :

Lieu : **IFMEM - CHU de Nantes - site plateau des écoles (50 route de St Sébastien – 44093 Nantes Cedex 01)**

Participant

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone : Courriel :

Service d'exercice :

Coordonnées employeur

Nom et adresse d'exercice principal :

.....

CP : Ville :

Email : Téléphone :

N° SIRET :

Nom de la personne en charge des départs en formation :

Adresse mail :

Fait à : le :

Signature et cachet de l'employeur :

Votre contact

Nom : Institut de Formation de Manipulateurs en Electroradiologie Médicale - IFMEM
Courrier : Plateau des écoles - 50, route de Saint Sébastien – 44093 Nantes Cedex 01
Téléphone : 02 40 84 68 36
Courriel : secretariat.ifmer@chu-nantes.fr