

## Formation

Intitulé de la formation : **formation complémentaire mesures transitoires IDE exerçant au bloc opératoire - 4h**

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

Prix : **Etablissement GHT 44 : 320€**

Dates : ☐ 26/11

**Etablissement Hors GHT 44 : 400€**

De 13h00 à 17h30 en visio avec caméra

## Participant

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... Service : .....

Code Sésame : ..... **N° RPPS (obligatoire)** : .....

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 4311-11**

## 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**