

# BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION CONTINUE 2024

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Les bulletins d'inscription (un par participant et par formation) sont à retourner le plus tôt possible et

**AU PLUS TARD 1 MOIS AVANT LE DÉBUT DE LA FORMATION**

par courriel à l'adresse suivante : [fcess.cramif@assurance-maladie.fr](mailto:fcess.cramif@assurance-maladie.fr)

Formation souhaitée \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Participant(e) Mme  M  \_\_\_\_\_

Nom (en capitales) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

 Personnel \_\_\_\_\_  Portable \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

 Professionnel \_\_\_\_\_  Portable \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Employeur et/ou service \_\_\_\_\_

Adresse où doivent être adressées la convention et la facture \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Personne à contacter \_\_\_\_\_ 

Courriel \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Important :** Toute annulation devra être formulée par mail ou par courrier et peut donner lieu à des pénalités suivant le point 7 des CGV.

Cachet et signature de l'employeur  
ou du participant s'il règle lui-même