

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

FORMATION RSSI SANTÉ

Date session retenue :

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de la structure Code Postal

Adresse Ville

Êtes-vous adhérent de l'APSSIS ?

IDENTITÉ DU STAGIAIRE

Nom Email

Prénom Numéro de téléphone

Fonction Situation de handicap ou besoin particulier *:

COORDONNÉES DU SERVICE FORMATION

Nom Email

Prénom Numéro de téléphone

CE QUE L'APSSIS DOIT VOUS FOURNIR

Un devis

Une convention de formation

Une convocation

Un document d'émargement

Une facture à l'adresse ci-dessus

Une facture à l'adresse ci-dessous

.....

Commentaires

J'accepte que les informations nominatives que je transmets via ce formulaire soit traitées par l'APSSIS afin de communiquer avec moi dans le cadre de la formation ou de ma profession

* Afin de répondre au mieux au besoin du stagiaire, nous reprendrons rapidement contact avec vous



Renvoyez votre inscription à
APSSIS - 84 rue du Luart - 72160 DUNEAU
ou par email sur secretaire@apssis.com