
Certificat d'Université

CYCLE DE PERFECTIONNEMENT ET DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES MANAGÉRIALES EN SANTÉ

**125
heures**

Coordonnées du participant :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

N° adeli :

Fonction occupée :

Etablissement :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Nom et fonction du représentant de l'établissement :

inscrit M./Mme

au certificat « **Cycle de perfectionnement et de développement des compétences managériales en santé** » pour l'année 2019-2020.

Mode de règlement :

- Chèque joint à l'ordre d'IFsanté
- Virement (demande de RIB par mail)
- Bon de commande (pour les administrations et services publics)

Date limite de l'inscription :
à définir

Nombre de places limité :
20 participants

A renvoyer par courrier à :

Sophie Denoeud
IFsanté – Département
formation continue
2 rue Théodore Monod
CS 40911
59465 LOMME Cedex

Ou par mail à :

denoeud.sophie@ifsante.fr

A l'issue de l'envoi de votre fiche d'inscription, vous recevrez une convention de formation. Votre inscription sera définitive lorsque celle-ci sera établie.

Date, cachet et signature :

