

Bulletin d'inscription

Un seul bulletin par Formation - à photocopier ou à télécharger sur www.baclesse.fr

Raison sociale de l'employeur ou nom – prénom (si statut libéral) :

.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Statut juridique de l'établissement :

- Etablissement de santé public Etablissement de santé privé
 Etablissement de soins privé à but non lucratif et participant au service public hospitalier [PSPH]
 Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes [EHPAD] HAD Associatif
 Centre de Soins conventionné Autre :

Profession libérale :

- Infirmier Diététicien Pharmacien d'officine titulaire
 Médecin - Spécialité :
 Autre - précisez :
 Numéro Adeli ou RPPS : Date de naissance :
 Financez-vous cette formation sur vos fonds personnels ? oui non

Personne à contacter responsable du suivi de la formation :

- Mme M. Nom :
 Prénom :
 Fonction : Tél :
 E-mail :@.....

Adresse de facturation (si différente) :

- Nom/Etablissement/Société :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

Personne(s) à inscrire :

Code formation (se trouve sur la fiche-programme) :

Nom :	Adresse mail du participant (nécessaire aux enquêtes de pratique et/ou de positionnement à l'entrée en formation)	
	Fonction :	
Prénom :	N° RPPS ou N° Adeli :	
	Service :	
<input type="checkbox"/> PSH*	Adresse mail du manager du participant (nécessaire à la transmission des résultats des évaluations)	

*PSH : cochez cette case si la personne est en situation de handicap.

 Tournez la page SVP



Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> PSH*	Adresse mail du participant (nécessaire aux enquêtes de pratique et/ou de positionnement à l'entrée en formation)	
	Fonction :	
	N° RPPS ou N° Adeli :	
	Service :	
	Adresse mail du manager du participant (nécessaire à la transmission des résultats des évaluations)	
Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> PSH*	Adresse mail du participant (nécessaire aux enquêtes de pratique et/ou de positionnement à l'entrée en formation)	
	Fonction :	
	N° RPPS ou N° Adeli :	
	Service :	
	Adresse mail du manager du participant (nécessaire à la transmission des résultats des évaluations)	
Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> PSH*	Adresse mail du participant (nécessaire aux enquêtes de pratique et/ou de positionnement à l'entrée en formation)	
	Fonction :	
	N° RPPS ou N° Adeli :	
	Service :	
	Adresse mail du manager du participant (nécessaire à la transmission des résultats des évaluations)	

Si vous souhaitez inscrire plus de participants, merci de photocopier cette page.

*PSH : cochez cette case si la personne est en situation de handicap.

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel collectées par le service Enseignement du Centre François Baclesse dans le présent formulaire sont nécessaires pour l'exécution de la formation dans le respect du décret n°2015-790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle continue. Elles font l'objet d'un traitement informatique par le Centre François Baclesse et sont hébergées en France.

Ces données pourront être utilisées par le service Enseignement pour vous informer des prochaines actions de formation, conférences scientifiques ou tout autre événement d'information à caractère médical, scientifique ou paramédical. Aucune donnée ne sera transmise à ses partenaires.

Je refuse de recevoir des informations sur les formations et événements d'information scientifique de la part du Centre François Baclesse.

Votre nom :

Conformément à la loi du 6/01/1978 relative à l'informatique, les fichiers et les libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20/06/2018 relative à la protection des données personnelles, et au règlement UE n°2016/679 relatif à la protection des données (« RGPD »), vous disposez des droits suivants :

- droit d'accès,
- droit de rectification des données erronées,
- droit à la portabilité des données détenues par l'établissement,
- droit à la limitation des traitements s'il devient illicite,
- droit à l'effacement des données recueillies ou traitée de manière illicite,
- droit d'opposition à l'utilisation ultérieure de vos données.

Si vous souhaitez exercer l'un de ces droits, vous devez vous rapprocher du délégué à la protection des données du Centre François Baclesse :

- par mail :
dpo@baclesse.unicancer.fr

- ou par courrier :
Centre François Baclesse - A l'attention du Délégué à la Protection des Données - BP 45026 - 14076 Caen cedex 05

Pour plus d'information, nous vous invitons à consulter notre site internet : www.baclesse.fr rubrique vos droits.



A renvoyer dûment rempli à l'adresse suivante :

Centre François Baclesse – Service Enseignement-Formation - 3, avenue du Général Harris – B.P. 45 026 – 14076 CAEN Cedex 5 -
l.debonnaire@baclesse.unicancer.fr