

Fiche d'inscription

L'évaluation en promotion de la santé : apprendre pour améliorer l'action

Je m'inscris en 2020

du 23 au 27 novembre 2020 à Rennes

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance :

Tarif

1500 € net

Formation prise en charge par le Ministère des Solidarités et de la Santé pour les personnels des ARS, des services centraux et déconcentrés

E-mail (obligatoire) : @

Fonction :

Corps de rattachement et profession :

Direction/Service :

Pour vous inscrire, scanner ou photocopier ce bulletin, puis le remplir en **lettres capitales** et le retourner :

par e-mail : candidaturefc@ehesp.fr
ou par courrier postal à :
EHESP - Service scolarité/formation continue
15 Av. du Professeur-Léon-Bernard
CS 74312
35043 RENNES Cedex

1 fiche par stage et par personne

L'EHESP est organisme de formation enregistré sous le n° 53 35 09162 35
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat.

Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC n° 2371

Les personnes en situation de handicap souhaitant bénéficier d'un accueil spécifique peuvent s'adresser par courriel à : referent-handicap@ehesp.fr

Modalités financières :

Dans le cas d'un règlement par chèque, merci de libeller et d'adresser indépendamment votre chèque à l'ordre de l'agent comptable de l'EHESP, accompagné de la copie de la convention de formation.

La signature de ce bulletin vaut acceptation sans réserve des conditions générales de vente accessibles sur notre site internet.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au RGPD 2016/679 du 27 avril 2016 , vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à DDFC – École des hautes études en santé publique, 15 avenue du professeur Léon Bernard 35043 Rennes cedex et/ou par mail à fc-communication@ehesp.fr

Nom de l'établissement :

Statut juridique de l'établissement : Public Privé

N° de SIRET : **Code APE :**
(obligatoire) (obligatoire)

Code service : N° d'engagement juridique :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Nom et prénom de votre responsable formation :

Adresse de votre responsable formation (si différente de l'employeur)

Code postal : Ville :

E-mail (obligatoire) : @

Adresse de facturation (si différente de l'établissement) :

Code postal : Ville :

Financeur (si différent de l'employeur) :

Adresse :

Code postal : Ville :

J'accepte d'être informé(e) par e-mail des formations EHESP

Fait le

Signature du candidat

le

Visa de l'employeur

le

Visa du responsable
Formation