

## LES CANCERS PROFESSIONNELS

### Vendredi 3 décembre 2010

#### BULLETIN D'INSCRIPTION

Mme  M

NOM : ..... Prénom : .....

N° Sécurité Sociale Obligatoire : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Adresse de correspondance (facturation si individuel) : .....  
.....

Tél : ..... Portable : .....

Courriel : ..... @ .....

Profession :  Médecin du Travail  Ergothérapeute  
 IDE  Assistante Sociale  
 INRP  Autre (précisez) .....

Mode d'exercice :  Salarié hospitalier  Salarié non hospitalier  Libéral

Adhérent de la Société de Médecine et Santé au Travail

Autres

S'inscrit à la formation du **vendredi 3 décembre 2010**.

Tarif : 60€

#### Inscription :

- À titre individuel** : joindre un chèque de 60€, libellé au nom de « M. l'Agent Comptable de l'UCBL »  
 **Financée par l'employeur** : joindre une attestation de prise en charge de l'établissement

Date :

Signature et cachet :

**Le bulletin d'inscription est à renvoyer à l'adresse suivante accompagné de votre règlement ou d'une attestation de prise en charge financière :**

Université Claude Bernard Lyon 1  
Service de formation continue – Antenne santé  
8 avenue Rockefeller, 69373 Lyon cedex 08  
M. Aurélien METRAL – Tél. : 04.78.77.72.60

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

(Document à produire en original et à joindre au dossier d'inscription)

A l'attention de l'Université Claude Bernard Lyon1, Service Formation Continue

Je soussigné(e) ...  
agissant en qualité de

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :**

N° de SIRET complet (14 chiffres) : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Forme juridique :  Privé  Public

S'engage à régler l'inscription souscrite au bénéfice de l'Université Claude Bernard Lyon1 :

**NOM du stagiaire :**

**Prénom du stagiaire :**

À la formation :

Intitulé exact de la formation :

Dates de la formation :

Pour un montant de :

Adresse de convention :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Adresse de facturation :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, ...) joindre un justificatif

Correspondant : Nom :

Téléphone :

En cas d'absence, d'abandon ou de carence ultérieure de l'organisme financeur, pour quelque raison que ce soit, le stagiaire dans le cas du congé individuel de formation : CIF, ..., ou l'employeur dans le cas d'une prise en charge de la formation continue, s'engage à régler le solde de la formation.

<b>Tampon de la société :</b>	<b>Date :</b> ..... <b>Signature du Responsable :</b>	<b>Signature du stagiaire :</b>
-------------------------------	--	---------------------------------