

# BULLETIN D'INSCRIPTION

**Formation**  CPS  dans votre établissement

Intitulé \_\_\_\_\_

Dates \_\_\_\_\_

**Participant**  Individuel  Groupe

Nom (Mme, Mlle, M.) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## Établissement

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Responsable administratif de la formation \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

N° Siret \_\_\_\_\_

Code APE \_\_\_\_\_

## En cas de formation sur site

Nombre de stagiaires prévu : \_\_\_\_\_

Lieu de formation : \_\_\_\_\_

Matériel disponible sur place : \_\_\_\_\_

- Vidéo projecteur  PC  Écran  
 Tableau blanc  Magnétoscope

## Règlement

- Ci-joint un chèque de ..... €  
à l'ordre de « Centre Paul Strauss - Unité de formation en cancérologie »,  
correspondant au montant total de l'inscription.

- Le règlement sera effectué par un fonds de formation (FAF, ASFO...)

Coordonnées \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La signature de ce bulletin d'inscription signifie l'acceptation sans réserve des conditions de participation figurant dans la brochure. Nous vous adresserons un accusé de réception et une facture - convention de formation, sur votre demande.

Date \_\_\_\_\_

Signature obligatoire

Cachet de l'entreprise



**CENTRE PAUL STRAUSS**  
centre régional de lutte contre le cancer



**PRÉ-INSCRIPTION**  
[www.centre-paul-strauss.fr](http://www.centre-paul-strauss.fr)  
Onglet > enseignement > formation continue

Remplir un bulletin  
ou une photocopie  
par participant

Bulletin à retourner  
au moins **2 mois avant**  
la date de la formation,  
selon la date de la session  
à l'adresse suivante :

**Unité de formation  
en cancérologie**

**Centre Paul Strauss**  
3, rue de la Porte de l'Hôpital  
BP 30042  
67065 Strasbourg cedex

Tél. : 03 88 25 24 15  
Fax : 03 88 25 85 86

[cps-formation@strasbourg.unicancer.fr](mailto:cps-formation@strasbourg.unicancer.fr)

N° 42.67.011.81.67

N° SIRET  
778 853 309 00012