

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A adresser par email : centreformation@aidersante.com ou par fax : 04 11 93 20 46

Vous

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Port. : _____

Email : _____

Numéro Adeli (si prise en charge ANDPC) : _____

Numéro RPPS (pour les professionnels concernés) : _____

Vous êtes :

- Profession Libérale
- Salarié
- Responsable
- Cadre
- Autre, merci de préciser :

Votre profession :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Néphrologues | <input type="checkbox"/> Médecins autres spécialités | <input type="checkbox"/> Médecins traitants |
| <input type="checkbox"/> Infirmiers diplômés d'Etat | <input type="checkbox"/> Diététiciens | <input type="checkbox"/> Pharmaciens |
| <input type="checkbox"/> Cadre infirmier | <input type="checkbox"/> ASH | <input type="checkbox"/> Cadres de santé |
| <input type="checkbox"/> Aides-soignants | <input type="checkbox"/> Assistantes sociales | <input type="checkbox"/> Psychologues, |
| <input type="checkbox"/> Préparateurs en pharmacie | | |

Société / Cabinet / Etablissement (si salarié) : _____

Adresse de l'établissement : _____

La formation

Formation choisie : _____

Date(s) de la session : _____

La formation sera prise en charge par :

- L'établissement (si salarié)
- Vous-même
- Un organisme financeur (OPCO) Nom de l'organisme : _____
- Par l'intermédiaire de l'ANDPC

Les données personnelles recueillies via ce formulaire ont pour objectif de répondre aux sollicitations et aux demandes d'informations sur les services offerts par AIDER SANTÉ. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités d'AIDER SANTÉ et avec votre consentement préalable de notre organisme AIDER SANTÉ FORMATION.

Vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer vos droits RGPD, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données en écrivant à dpo@aidersante.com ou par courrier au : DPO AIDER SANTE, AIDER SANTE ,787 Rue de la Valsière -34790 GRABELS.