

Dossier d'inscription à la préparation de la théorie CCEPS parcours 2

■ Vous êtes agent de l'AP-HP :

Informez votre cadre de la formation souhaitée. Envoyez la fiche d'inscription renseignée et signée du cadre au responsable de formation de votre site. Votre demande est saisie dans HR Access par le responsable de formation de votre établissement. Le responsable de formation du CRECCEPS reçoit votre demande et la valide en fonction des places disponibles.

■ Vous n'êtes pas agent de l'AP-HP :

Téléchargez le document « fiche inscription / engagement de paiement » ci-dessous, le complétez, le renvoyez signé à l'adresse suivante :

CRECCEPS IDF Campus Picpus
33 boulevard de Picpus - CS 21 705 - 75012 Paris
ou
Par mail à ccecceps.idf@aphp.fr

À la réception de l'engagement de paiement, une convention vous sera adressée. L'inscription n'est définitive que lorsque l'établissement reçoit la convention de/des agents concernés. Il est vivement recommandé à l'établissement de garder une copie. Après signature de la convention, vous la retournerez au CRECCEPS avant le début de la formation.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez envoyer un mail à :
ccecceps.idf@aphp.fr

Centre régional des épreuves du certificat de capacité pour effectuer des prélèvements sanguins CRECCEPS IDF – Campus Picpus

N° agrément : 1175PO15675

N° SIRET : 267 500 452 01175

FICHE D'INSCRIPTION

Personnel hors Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Formation : **Préparation à l'épreuve théorique CCEPS**

Date(s) de la session souhaitées :

Nombre de jours : **1 journée** Prix de la formation : 210 euros

NOM PATRONYMIQUE : Prénom :

NOM MARITAL : Naissance :

Ville : Département : Pays :

Nationalité :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

.....

Diplôme professionnel obtenu :

Etablissement Employeur (nom, adresse) :

.....

Service :

Téléphone :

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date et signature

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e)

NOM - Prénom ou ETABLISSEMENT :

.....

Adresse :

.....

NOM et QUALITE du signataire :

M'engage à verser la somme de :

euros	pour la formation dès réception de l'avis de paiement établi par le Trésorier Payeur de l'AP-HP. La facture est établie service fait. Toute session commencée est due.
-------	---

Fait, le

Signature