CRECCEPS Ile-de-France Campus Picpus

DOSSIER D'INSCRIPTION

PREPARATION A L'EPREUVE PRATIQUE CCEPS

N° agrément : 1175PO15675 N° SIRET : 267 500 452 01175

FICHE D'INSCRIPTION

Personnel hors Assistance Publique–Hôpitaux de Paris

Formation : Préparation à l'épreuve pratique CCEPS
Date de la session souhaitée :
Nombre de jours : 1 journée
Prix de la formation : 190 euros

NOM DE NAISSANCE : .....
NOM MARITAL si existant : .....
Prénom : .....
Date et lieu de naissance : ...../...../..... à .....
Pays de naissance : .....
Nationalité : .....
Numéro de sécurité sociale : .....
Adresse personnelle : .....
.....
Mail : .....N° de portable : .....
Date et note de l'épreuve théorique du CCEPS obtenue (1 copie de l'attestation sera à fournir) : .....
Etablissement Employeur (nom, adresse) :
.....
.....
Téléphone de l'employeur : .....

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

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

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