Formation Simulation aux gestes d'urgences en néonatologie

☐ Mme ☐ M.

Nom : ……Prénom : .....

Profession : .....

Etablissement : .....

Adresse professionnelle : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable ……

E-mail : .....

Droits d'inscription : 400 € (déjeuner compris)

Date de formation souhaitée :

<u>Mode de paiement :</u>

☐ Chèque
A libeller à l'ordre du Réseau Sécurité Naissance

☐ Formation
Numéro de déclaration d'organisme formateur : 52 44 03945 44
Si vous êtes pris en charge par la formation continue, merci de préciser obligatoirement le nom de l'interlocuteur qui gère votre prise en charge :

M. ou Mme : .....
Téléphone : .....
E-mail :……..

<u>Contact et inscription :</u>

Réseau Sécurité Naissance
3 rue Marguerite Thibert, 44200 Nantes
Tel : 02 40 48 55 81 – Fax : 02 40 12 40 72
Courriel : formation@reseau-naissance.fr

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la coordination du Réseau. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercez ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la coordination du RSN.