



**MEDICAL
INTERFACE**

Organisme de formation
n° 82 69 05046 69

BULLETIN D'INSCRIPTION

À photocopier et à retourner par e-mail à
contacts@medical-interface.fr

■ ÉTABLISSEMENT

RÉFÉRENCE CLIENT ÉTABLISSEMENT ☐ PUBLIC ☐ ESPIC ☐ PRIVÉ

ÉTABLISSEMENT

ADRESSE (complète)

TEL

Si dépôt de la facture sur la plateforme Chorus Pro :

SIRET CODE SERVICE N° ENGAGEMENT

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER : ☐ Mme ☐ M

PRÉNOM NOM

FONCTION SERVICE

TÉL E-MAIL

■ VOTRE PROJET PÉDAGOGIQUE

Vous souhaitez :

☐ ADAPTER UN PROGRAMME DU CATALOGUE SUR SITE

MERCI DE PRÉCISER LE TITRE DE LA FORMATION SOUHAITÉE

☐ CONCEVOIR UN PROJET PÉDAGOGIQUE SUR-MESURE

MERCI DE PRÉCISER LES DIFFÉRENTS THÈMES QUI DOIVENT CONSTITUER CE PROJET

POUR NOUS PERMETTRE DE RÉPONDRE AU MIEUX À VOS ATTENTES, MERCI DE DÉFINIR PLUS PRÉCISÉMENT VOTRE PROJET :

A QUELS OBJECTIFS SPÉCIFIQUES, POUR L'ÉTABLISSEMENT ET/OU LES STAGIAIRES, DOIT RÉPONDRE CETTE ACTION DE FORMATION ?

ESTIMATION DU NOMBRE DE PARTICIPANTS :

FONCTIONS DES PARTICIPANTS :

NOMBRE DE JOURNÉES SOUHAITÉES : PÉRIODE SOUHAITÉE :

L'ÉTABLISSEMENT DISPOSE :

D'UN ORDINATEUR ☐ Oui ☐ Non

D'UN VIDÉO PROJECTEUR ☐ Oui ☐ Non

D'UNE SALLE DE FORMATION AVEC CONNEXION INTERNET ☐ Oui ☐ Non

D'UNE SALLE INFORMATIQUE ÉQUIPÉE AVEC CONNEXION INTERNET ☐ Oui ☐ Non