

ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement : _____

Etablissement : ☐ Public ☐ Privé

Adresse : _____

Siret : _____

Directeur/Directrice : _____

Contacts :

	Nom, prénom	Mail	Téléphone
Administratif			
Logistique			
Facturation			
Autre (à préciser)			

AGENTS A INSCRIRE

	Titre	Nom	Prénom	Fonction
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Consignes particulières concernant les inscrits :**Toute inscription est ferme et définitive**

A réception de votre bulletin d'inscription, une convention sera établie entre le Centre Hospitalier de Cholet et votre établissement, celle-ci tiendra lieu de convocation.

Bulletin à retourner à geraldine.roger@ch-cholet.fr avant le 10 avril 2026

Contact service formation continue CH Cholet : Géraldine ROGER : 02.41.49.62.88