

A retourner par courrier ou par mail

AURAL FORMATION
5 rue Henri Bergson—Cs 30038
67087 STRASBOURG Cedex
formation@aural.asso.fr



BULLETIN D'INSCRIPTION

ACTION DE FORMATION

Intitulé de la formation :

Date de la session :

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Directement par l'entreprise :

Directement par le professionnel de santé

Par l'intermédiaire de l'ANDPC

Par l'intermédiaire d'un OPCO

Nom de l'OPCO :

Le repas :

standard

végétarien

Si vous souffrez d'allergies, merci de contacter l'organisme au minimum 1 semaine avant votre formation.

COORDONNÉES PARTICIPANT

Nom – prénom :

Profession :

Adresse :

.....

Téléphone : E-mail :

ADELI / RPPS : Date et département de naissance :

SIRET :

Coordonnées de l'entreprise (nom – adresse – téléphone) :

.....

Signataire de la convention (nom – fonction – e-mail) :

.....

A :

Signature

Date :

Les données personnelles recueillies via ce formulaire ont pour objectif de créer votre accès personnel à notre plateforme FormaSanté. Ces informations sont à destination exclusive des services de l'Organisme de Formation d'AURAL.

Vous pouvez accéder à vos données en vous connectant sur notre plateforme via votre identifiant et mot de passe. En application du Règlement (UE) 2016/179 relatif à la protection des données à caractère personnel, de la Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, ainsi que de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique vous pouvez faire rectifier les données vous concernant ou les faire effacer sur simple demande par mail à l'adresse suivante : formation@aural.asso.fr.