

# Fiche d'inscription

## Journée Territoriale des soins

### Le 24 juin 2025 à Pacé

(Une fiche par personne)

**Pour vous inscrire,**  
**Merci de renvoyer ce**  
**bulletin complété en**  
**lettres capitales**

• par email :

[formationcontinue@chu-rennes.fr](mailto:formationcontinue@chu-rennes.fr)

ou

• par courrier postal à :

CHU de RENNES  
Délégation à la formation  
continue  
2 rue Henri Le Guilloux  
35033 RENNES Cedex 9

Le CHU de RENNES est enregistré  
sur le n°53 35 P 008 435  
*Cet enregistrement ne vaut pas  
agrément de l'Etat.*

ODPC : n° 2532 habilité à dispenser  
des programmes de DPC



■ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les personnes en situation de  
handicap souhaitant  
bénéficier d'un accueil  
spécifique peuvent s'adresser  
par téléphone au :  
[02 99 28 97 23](tel:0299289723)  
ou par courriel à :  
[formationcontinue@chu-rennes.fr](mailto:formationcontinue@chu-rennes.fr)

Retrouvez toute l'offre de  
formation du CHU de RENNES  
sur le site

[www.formationcontinue.chu-rennes.fr](http://www.formationcontinue.chu-rennes.fr)

Tarif :

200 € – repas inclus (professionnels extérieurs au CHU de Rennes)

35 € - repas inclus (étudiants et usagers)

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Grade : .....

Date de naissance : .....

Adresse e-mail (obligatoire) : .....

Nom et prénom de votre responsable formation : .....

Adresse e-mail (obligatoire) de votre responsable formation : .....

Statut juridique de l'établissement :  Public  Privé

N° de SIRET : ..... Code APE .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Formation suivie au titre de :

Si vous suivez cette formation au titre du DPC, complétez obligatoirement les  
informations ci-dessous :

Si vous êtes inscrit au conseil de l'ordre, indiquez l'adresse e-mail du conseil dont  
vous dépendez : .....

Et votre numéro ADELI ..... ou RPPS .....

Si non, indiquez l'adresse e-mail de votre responsable formation :

Mode d'exercice :  Salarié  Libéral  Mixte

Financier (si différent de l'employeur) : .....

Adresse de facturation (si spécifique) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Fait le .....

*Visa du Responsable de l'établissement*

**Toute inscription sera validée à compter de la réception d'une convention de formation définissant les modalités pratiques d'organisation et de règlement de la formation.**

*Les renseignements fournis seront saisis sur un fichier informatique. En application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer votre droit individuel d'accès auprès de la Délégation à la formation continue.*