

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### Formation demandée : Les enjeux du développement de la télémédecine en Normandie | Colloque de restitution des travaux menés dans le cadre du projet EDeTeN

Date et durée de la formation : 17/03/2023 de 9h à 18h soit 07h30 de formation

Lieu : Amphithéâtre Demolombe | Bât. D | Campus 1 | Université de Caen Normandie

- Inscription au titre de la formation continue des professionnels (N° organisme de formation : 2514P00014)**

Besoin d'une facture  Besoin d'une attestation de fin de formation

140 € : tarif par personne au colloque pour la journée formation continue

500 € : tarif de groupe pour la journée en formation continue (cocher le groupe correspondant et joindre la liste des inscrits avec les informations demandées ci-dessous)

6 à 20 personnes pour les associations tutélaires et de défense des droits de l'Homme

6 à 10 personnes pour les autres associations

Bulletin à renvoyer **avant le mardi précédent le colloque.**

- Autres inscriptions (pas de facture de délivrée)**

Gratuit pour les étudiants et enseignants titulaires de l'Université de Caen Normandie

Gratuit pour les enseignants-chercheurs ou doctorants d'autres universités / personnels des collectivités ou organismes publics

Gratuit pour les magistrats de la Cour d'appel de Caen

Gratuit pour les auditeurs libres

À réception de ce bulletin, **aucune attestation de présence ne vous sera adressée.** Ce bulletin fait office de justificatif d'inscription.

Gestionnaire de la formation :

Coordonnées : [droit.recherche@unicaen.fr](mailto:droit.recherche@unicaen.fr)

#### PARTICIPANT :

Joindre une liste avec ces **mêmes informations par participant, en cas d'inscription de groupe.**

- Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom patronymique : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_
- Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_
- Adresse postale : \_\_\_\_\_
- Adresse électronique : \_\_\_\_\_
- Téléphone fixe / portable : \_\_\_\_\_

Montant pris en charge par le participant : \_\_\_\_\_ €

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Signature du participant :

#### FINANCEUR :

- Raison Sociale : \_\_\_\_\_
- Activité : \_\_\_\_\_
- SIRET : \_\_\_\_\_
- Code APE : \_\_\_\_\_ N° RNA (pour les associations) : \_\_\_\_\_
- Référent / Correspondant (nom, qualité) : \_\_\_\_\_
- Adresse postale : \_\_\_\_\_
- Adresse de facturation (si différente) : \_\_\_\_\_
- Adresse électronique : \_\_\_\_\_
- Téléphone fixe / portable : \_\_\_\_\_

Montant pris en charge par le financeur : \_\_\_\_\_ €

Date : \_\_\_\_\_

Nom / Fonction : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du financeur (obligatoire) :

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 2514 P6000 14 auprès du préfet de région Normandie - SIRET : 191.414.085.000.16

