

# INSCRIPTION

À retourner à GH<sup>3</sup> - Formation  
44 rue Jules-Ferry - CS 80012  
94408 Vitry-sur-Seine Cedex  
Tél. : 01 45 73 69 20

Inscription en ligne sur [www.gh-formation.fr](http://www.gh-formation.fr)

## ● PARTICIPANT

**Nom** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

**Fonction**  Directeur  DRH  DAM  DRH/DAM  Médecin  
 DS/CGS  Cadre santé  AAH  ACH  Autre.....

**Établissement** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Téléphone pro.** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**Mail impératif** \_\_\_\_\_

## ● PARTICIPATION

INSCRIPTION, DÉJEUNER, DOCUMENTATION  140 € TTC

Serez-vous présent au repas  OUI  NON

## ● RESPONSABLE DE FORMATION

**Nom** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

**Téléphone pro.** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**Mail impératif** \_\_\_\_\_

## ● ADRESSE DE FACTURATION (si différente de celle indiquée supra)

**Service** \_\_\_\_\_

**Établissement** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Téléphone pro.** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**Mail impératif** \_\_\_\_\_

Bon pour accord du chef d'établissement

Date et signature du participant



**LIEU DE LA MATINÉE**

**Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts**

28 rue de Charenton  
75012 Paris

**Transports**

**MéTRO**

Ligne 1-5-8 Bastille  
Ligne 8 Ledru-Rollin  
Ligne 1-14 Gare de Lyon

**RER**

A et D Gare de Lyon

**BUS**

20-29-65-69  
76-86-87-91  
Bastille

**Voiture**

Parking payant Opéra Bastille :  
entrée par la rue de Lyon  
Accès piétons dans l'hôpital

