

ATTESTATION DE FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE

NIVEAU 1

PRÉNOM :

NOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NOM DE L'ENTREPRISE OU DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL :

ADRESSE DE L'ENTREPRISE OU DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL :

CODE POSTAL/VILLE :

E-MAIL :

TÉLÉPHONE :

DATE DE LA FORMATION :

Une fois cette inscription remplie :

- ✓ Enregistrez-la
- ✓ Renvoyez-la à l'adresse mail suivante : cesu2b@ch-bastia.fr
- ✓ Ou par courrier à l'adresse suivante : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences de Bastia, Parc technologique d'Erbajolo, route impériale, 20600 BASTIA
- ✓ Après enregistrement de votre inscription, vous recevrez la convention de formation



Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences de Bastia
Parc technologique d'Erbajolo
route impériale
20600 BASTIA



Nous contacter

 04 95 30 15 08

 cesu2b@ch-bastia.fr

 <https://www.ch-bastia.fr/cesu/>