

Bulletin d'inscription

Promotion 2013-2014

CAS HES-SO en soins de cardiologie

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu d'origine :

Adresse privée

Rue, numéro :

NPA, localité, pays :

E-Mail :

Tél. privé : Tél. portable :

Adresse professionnelle

Institution, service :

Fonction / depuis :

Adresse de l'institution :

Tél. prof. :

Veuillez adresser toute la correspondance à mon adresse privé professionnelle

Formation initiale, titre professionnel :

.....

..... Année du titre :

Inscription

* Je m'inscris à l'intégralité du CAS HES-SO en soins de cardiologie

* Je m'inscris uniquement au Module 1 : (Titre du module)

* Je m'inscris uniquement au Module 2 : (Titre du module)

* Je m'inscris uniquement au Module 3 : (Titre du module)

(*) Dès réception de votre inscription, vous recevrez un dossier de candidature à remplir.

Je m'inscris à des journées de formation continue issue du CAS (indiquer les dates et titres précises) :

Dates :	Titre :
Dates :	Titre :
Dates :	Titre :
Dates :	Titre :
Dates :	Titre :
Dates :	Titre :
Dates :	Titre :

Cette inscription entraîne des obligations

Par ma signature, je confirme mon inscription ferme et je m'engage à verser le montant dû avant le début de la formation.

En cas de désistement entre la décision d'admission et l'entrée en formation, 20% du montant de l'écolage est dû à la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR).

En cas d'arrêt au début de la formation, la totalité de l'écolage reste due à l'école.

Tout désistement doit être annoncé par écrit auprès du secrétariat de la Formation continue de la HEdS-FR.

La finance d'inscription n'est pas remboursable, même si le/la candidat-e renonce à suivre la formation ; elle reste acquise à l'école dès le début du traitement du dossier d'admission.

La formation débute uniquement si le nombre de participant-e-s est suffisant.

La HEdS-FR se réserve le droit de modifier une date de cours en cas de nécessité. Elle en informe les personnes inscrites dans les meilleurs délais.

J'ai pris connaissance des conditions et je les accepte.

Lieu et date : Signature du/de la participant-e :

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli à :

Haute école de santé Fribourg
Secrétariat de la Formation continue
Rte des Cliniques 15
1700 Fribourg

Comment avez-vous découvert notre formation ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recommandation personnelle | <input type="checkbox"/> Programme de cours | <input type="checkbox"/> Newsletter HEdS-FR |
| <input type="checkbox"/> Collègue / supérieur | <input type="checkbox"/> Annonce de la presse | <input type="checkbox"/> www.heds-fr.ch |
| <input type="checkbox"/> Soirée d'information : | <input type="checkbox"/> Autres sites / liens : | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : |
| | | |

En partenariat avec

