

# CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

**Entre**

## Comité de Formation Permanente de l'IFMEM du CHRU de Nancy

CHRU Tour Marcel Brot, 1 rue Joseph Cugnot,  
CO N° 60034 54035 Nancy Cedex

Représenté par Joel COMTE  
Président

## Etablissement Employeur

Nom de l'établissement Adresse :

Code Postal : ..... Ville : .....

Représenté par : .....

Tél formation continue : .....

E-mail formation Continue : .....

### Participants à inscrire

Nom	Prénom	Service ou Unité	Nom du cadre de santé

**Prise en charge financière** (inscrire le nom et l'adresse de l'organisme ou de la personne qui paie le montant des frais)

**Titre de la formation continue** (cochez la formation souhaitée dont le programme détaillé est consultable sur le site internet de notre organisme : [cfp-manip-nancy.com](http://cfp-manip-nancy.com))

<input type="checkbox"/>	<b>Formation à la fonction tutorale par le MERM</b>  <b>31 mars-1+2 Avril 2026</b>	<b>Coût : 550 Euros/stagiaires</b> (repas exclus)
<input type="checkbox"/>	<b>Le droit en santé : aspects réglementaire de la profession de MERM</b>  <b>18 mai 2026</b>	<b>Coût : 200 Euros/stagiaires</b> (repas exclus)

### Conditions générales de vente :

Les inscriptions sont réservées exclusivement aux personnels paramédicaux d'électroradiologie, titulaires d'un diplôme ou d'une autorisation d'exercice de la profession délivrés selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur en France, départements et territoires d'outre-mer, quelque soit leur lieu d'exercice. Les droits d'inscription du(des) salarié(s) seront à régler au C.F.P. après réception de la facture.

Pour les **démarches individuelles**, ce document devra être accompagné d'un chèque libellé à l'ordre du CFP, d'un montant correspondant aux droits d'inscription.

**En cas de désistement**, quel qu'en soit le motif, dans les 4 jours précédant le début du stage, la totalité des frais de participation reste acquise au C.F.P.

**Cochez la case suivante :**  Les objectifs pédagogiques de la formation choisie correspondent aux besoins des formés

Fait à Nancy le : .....  
Po/Le Président  
La secrétaire K FELTGEN

**Signature**

Fait à....., le .....  
Pour l'établissement demandeur de formation **ou** le stagiaire si formation individuelle

**Signature**