Formulaire d’inscription

Certificate of Advanced Studies (CAS) HES-SO

**Pratique de l’endoscopie**

du 26 avril au 8 décembre 2023

A retourner avant le 15 février 2023 à :

postgrade@hesav.ch

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

**Nom**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom**  …..

**Date de naissance** ….. **Pays d’origine (si Suisse: canton**) …..

**Adresse personnelle**  …..

**NP**  ….. **Localité** …..

**Courriel privé** ….. **Tél portable** …..

**Employeur** ….. **Service** …..

**Adresse professionnelle** …..

**NP** ….. **Localité**  …..

**Courriel prof.** ….. **Tél porf**. …..

**La facture doit être adressée**

[ ]  à mon employeur

[ ]  à mon adresse privée

[ ]  autre, merci de préciser …..

**RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS**

**Profession**  …..

**Intitulé du diplôme professionnel (en toutes lettres)** …..

**Date d’obtention du diplôme**  …..

**Nom de l’établissement d’obtention du diplôme (en toutes lettres)** …..

**Ville de l’établissement**  …..

**Pays de l’établissement**  …..

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

**Décrivez brièvement le cadre dans lequel vous exercez votre activité professionnelle actuellement et les interventions auxquelles vous êtes confronté.e (10 lignes max.) :**

…..

**Comment avez-vous entendu parler de cette formation ?**

 …..

**Merci de bien vouloir joindre à ce formulaire :**

* Une copie de vos diplômes professionnels
* Une photo en couleur (format JPG)
* Une copie du récépissé du versement de CHF 200.- pour les frais d’inscription

Une facture avec le prix total de la formation, soit CHF 6940.-, vous sera adressée 2 mois avant le début de la formation

**Information de paiement/ en faveur de :**

Haute Ecole de Santé Vaud

av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne

IBAN : CH80 0900 0000 1003 0175 0

No de compte CCP : 10-30175-0

Motif du versement : CASPE2023

**Date** ….. **Lieu** …..

[ ]  *Je confirme mon inscription au CAS Pratique de l’endoscopie**(CAS PE) et*

*accepte les conditions financières (frais d’inscription + prix total de la formation).*