

FORMATION DE DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES DANS LES SECTEURS LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA SANTÉ

Formulaire d'inscription

Cette formation est organisée par eHealth & la BCSS (avec le support de la Smals)

Veuillez envoyer le formulaire rempli et signé à joelle.ankaer@smals.be

1. Généralités

Institution :

Nom du participant :

Langue de la formation :

Adresse de contact :

.....

.....

Téléphone de contact :

GSM de contact :

E-mail :

2. Informations pour le formateur

Quelles sont vos 3 attentes par rapport à cette formation ?

A.

B.

C.

3. Approbation du responsable

Attention : cette partie DOIT être signée par un représentant de l'instance légale de votre institution.

Nom : Date :

Fonction :

Signature : Cachet :

Adresse de facturation :

.....

Numéro BCE :

Numéro INAMI :

E-mail comptabilité :