

Mme M. Pr Dr

Nom Prénom

Fonction

Établissement ou organismeService.....

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail
(facultatif) *(nécessaire à la confirmation de l'inscription)*

- Assistera à la projection
 N'assistera pas à la projection

En vue de faciliter votre accueil, merci de cocher, si nécessaire, les champs ci-dessous :

- Je suis en fauteuil roulant Manuel Electrique
 J'ai des difficultés à marcher
 Je suis malvoyant(e), accompagné(e) d'un chien oui non
 Je suis malentendant(e)
 Mon assistant(e) : Nom..... Prénom.....

Cette pré-inscription vous sera confirmée par mail

Handicap et emploi à l'hôpital
Réponse avant le 4 novembre 2015

➔ auprès de :
Espace Événementiel
sarah@espace-evenementiel.com
Fax 01 42 71 34 83
Tél. 01 42 71 34 02
Courrier (sous enveloppe affranchie) :
7/9 Cité Dupetit-Thouars
75003 PARIS

Les informations demandées sont nécessaires pour traiter votre demande d'inscription, tous traitements y afférents et vous accueillir dans les meilleures conditions.

Elles sont destinées à la Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social et la Fédération Hospitalière de France, responsables des traitements ainsi qu'à leurs sous-traitants, prestataires techniques et partenaires contractuels.

Conformément à l'article 34 de la loi Informatique et Libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous disposez d'un droit d'accès de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant.

Vous pouvez exercer ce droit en écrivant à MNH (département Partenariats et Action sociale - 45213 Montargis cedex) ou à la Fédération Hospitalière de France 1bis, Rue Cabanis 75014 Paris