

Bulletin d'inscription

(Merci de remplir toutes les informations demandées)

<i>Coordonnées personnelles</i>	<i>Coordonnées professionnelles</i>
Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/>	Profession
Nom et prénom	Institution, service
Date de naissance	Téléphone professionnel Poste
Téléphone personnel	Télécopie
Adresse personnelle	Adresse professionnelle
Code Postal	Code Postal
Ville	Ville

Adresse e-mail du participant :

1 caractère par case

Adresse e-mail de l'Établissement (Contact inscription) :

Je souhaite m'inscrire à la formation :

qui se déroulera àaux dates suivantes.....

.....

Mode d'exercice dominant (>50%) : salarié libéral mixte service de santé des armées

Pour les libéraux :

Je souhaite mobiliser la prise en charge DPC : oui non

FIF PL oui non

N° RPPS : et/ou n° ADELI :

Engagement de l'organisme payeur

Je soussigné :

Fonction :

Téléphone :

Représentant (nom et adresse du service ou de l'organisme payeur) :

Accepte la prise en charge des frais d'inscription (montant : euros)

de Monsieur ou Madame :

à la formation :

qui se déroulera à aux dates suivantes :

Bon pour accord, le à

Signature

Cachet du service ou de l'organisme payeur

Votre inscription ne sera définitivement prise en compte qu'à réception du bulletin d'inscription rempli et signé, accompagné de l'engagement de l'organisme payeur également rempli et signé ou d'un devis signé à formation@afdnet.net

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'Afdet - 88 rue de la Roquette - CS 20013 - 75544 Paris Cedex 11 – formation@afdnet.net