

BULLETIN D'INSCRIPTION

BULLETIN D'INSCRIPTION			
Dr <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>			
Nom :	Fonction et spécialité :		
Prénom :	Adresse mail du service de la formation continue de votre société :		
Date de naissance :	Téléphone de votre société :		
Adresse :	Votre société ou établissement ou service Nom et adresse :		
CP/Ville :	CP/Ville :		
Téléphone :	Intitulé de la formation selon votre choix : Référence de la formation : Lieu de Formation : Paris 7 ou 14 ou 16 ou 19		
Mobile :			
Email (obligatoire) :			
N° RPPS ou N° ADELI:			
Date du démarrage du programme :	Lieu de Formation : Paris 7 ou 14 ou 16 ou 19		
Prix d'un programme :€	Préciser votre organisme payeur (voir plus bas)		
Prise en charge des frais d'inscription :	<ul style="list-style-type: none"> • Forfait OGDPC • FIF-PL • FAF-PM • Autres : 		
1. Catégorie professionnelle (libéral et salarié des centres de santé) :	<ul style="list-style-type: none"> • ACTALIANS (OPCA-PL) • ANFH • CPF • Autres : 		
2. Catégorie professionnelle (salarié et hospitalier) :	<ul style="list-style-type: none"> • Selon votre établissement 		
Frais annexes (Repas, indemnités déplacement et de salaires)	<ul style="list-style-type: none"> • Selon votre établissement 		
Form&Pharm SASU	121 rue de la Pompe 75116 Paris	RCS Paris : n° 751 689 357	N° Organisme de Formation : 11754871075 Référence N°ODPC : 3588
Tel : 09 72 35 15 35	Mob : 06 22 19 75 38 Fax : 09 72 34 35 93	Email : contact@formetpharm.com	
		Site : www.formetpharm.com	
Fait à :	Signature du participant (obligatoire)		
Le	et cachet de la société ou de l'établissement ou du service		