

Syndromes douloureux neuropathiques et kinésithérapie

Bulletin à d'inscription

MULHOUSE : 13 au 15 novembre 2017

Informations personnelles concernant la personne s'inscrivant à la formation

Titre : Mme M. :

Nom marital :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Fonction :

N° ADELI ou RPPS (en cas d'action de DPC) :

Informations administratives

Etablissement :

Adresse de l'établissement :

N° SIRET :

CODE NACE :

Type d'établissement : Public Privé Libéral Autre

Contact dans l'établissement

* Nom de la personne pour envoi des conventions :

* Fonction :

* Email :

* Tel :

Adresse professionnelle :

Tel :

Fax :

Email :

N° SIRET :

CODE NACE :

Demande de prise en charge

- Salarié :** prise en charge par l'employeur
 sans prise en charge par l'employeur
- Libéral** demande prise en charge ANDPC
 demande prise en charge FIF-PL
 sans demande de prise en charge