

## Raisonnement clinique pour les suites lésionnelles et techniques pariéto-viscérales

# Bulletin à d'inscription

**MULHOUSE** : 18-19 janvier et 1 - 2 mars **2019**

### 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