

BULLETIN D'INSCRIPTION à un programme de DPC

À RETOURNER SELON LE SITE DE LA FORMATION

Site Angers :
Institut de Cancérologie de l'Ouest
Organisme de Formation
15 rue André Boquel
49055 ANGERS CEDEX 02

Site Saint-Herblain :
Institut de Cancérologie de l'Ouest
Organisme de Formation
Bd Jacques Monod
44805 SAINT-HERBLAIN CEDEX

☐ Mme ☐ M. NOM : NOM de naissance :

Prénom : Date de naissance :

RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, nous reviendrons vers vous pour préparer au mieux votre accueil.

Mode d'exercice dominant (> 50 %) ☐ Salarié ☐ libéral ☐ mixte

N° RPPS : Ou N° ADELI :

Fonction : Service :

Établissement :

Adresse professionnelle :

CP : VILLE :

Tél. : E-Mail :

☐ S'inscrit au programme DPC suivant :

Date(s) de la formation :

Tarif de la formation (en euros / €) :

Pour les libéraux, dans le cadre du Développement Professionnel Continu, votre inscription est tout ou partie prise en charge par l'ANDPC qui règlera directement notre organisme. **Le chèque de règlement à l'ordre de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest est demandé à l'inscription et sera restitué sous condition que le stage ait été suivi dans son ensemble et que le suivi sur l'ANDPC ait été effectué.** Si ces conditions ne sont pas remplies, la somme sera encaissée.

Une convention de formation vous sera adressée à réception du bulletin d'inscription dûment complété et du chèque de règlement.

Dans le cadre d'une demande de convention de formation prise en charge par un employeur, veuillez préciser :

Votre Responsable Formation

NOM : Prénom :

Fonction : Service :

Tél. : E-mail :

Date :

Signature et cachet

Sauf opposition de votre part, les noms et adresses des participants sont informatisés afin de faciliter la gestion et l'organisation des formations. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectification.