

Vous êtes professionnel de santé libéral ou salarié exerçant en centre de santé conventionné ? Pour bénéficier de votre prise en charge : créez votre compte personnel sur le site www.mondpc.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation choisie :

Date : _____

Participant : Salarié Etablissement de santé public ou privé Centre de soins conventionné
 Libéral (>50%) Mixte

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

N° Siret :

Nom du directeur :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle :

Adresse de facturation :

Tel professionne

Tel domicile :

Email:

Numéro ADELI :

Numéro RPPS :

Réglement : Prise en charge individuelle.
 Prise en charge par l'établissement

Je suis en situation de handicap (Notre équipe vous contactera au besoin)

Bulletin à retourner à :

Pour accord, date et signature :

CENTRE LEON BERARD
Institut de formation
28 rue Laennec - 69373 LYON Cedex 08

04 78 78 59 82

 institut.formation@lyon.unicancer.fr

L'inscription à la session sera effective à la réception de ce bulletin d'inscription.

Je souhaite recevoir des informations :

de l'Institut de Formation
 du Centre Léon Bérard (newsletter mensuelle, invitation....)