



FICHE D'INSCRIPTION URGENCES MEDICALES AU CABINET DENTAIRE

ORGANISATION DE LA FORMATION

22 FEVRIER-15 & 29 MARS 2018

18 OCTOBRE - 8 & 22 NOVEMBRE 2018

Tarif individuel : **450 €** (repas inclus)

IDENTITE DU STAGIAIRE

NOM D'USAGE

NOM DE NAISSANCE

PRENOM

DATE - LIEU ET DEPARTEMENT DE NAISSANCE

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

PROFESSION

DENTISTE

ASSISTANT(E) DENTAIRE

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

OGDPC

<input type="checkbox"/> INDIVIDUEL <input type="checkbox"/> EMPLOYEUR	NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR	
	NOM ET ADRESSE DE FACTURATION	
	TELEPHONE	MAIL
	N° SIRET	

Une convention de formation sera établie à réception de la fiche d'inscription.

A noter : Le CESU 35 se réserve le droit d'annuler la formation en cas d'un faible nombre de participants.

La formation étant limitée à 15 personnes, les inscriptions seront priorisées par ordre d'arrivée.

FICHE D'INSCRIPTION A RETOURNER

Par courrier : CESU 35 - CHU PONTCHAILLOU - 2 rue Henri Le Guilloux - 35 033 RENNES CEDEX 9

☎ 02 99 28 95 80

Par mail : ingrid.christophe@chu-rennes.fr