ENVOYER

Bulletin de Pré-Inscription 2018

A RETOURNER À :
BIOFORMATION - 309/315, RUE LECOURBE - 75015 PARIS
Tél. 01 42 15 20 31 - Fax 01 42 15 20 36 - www.bioformation.org
ORGANISME FORMATEUR : 11753654975 - SIRET 441 059 847 00042 - APE 8559A

Version 6
INTE/ENREG/012
Associé à INTE/PR/002

ENTREPRISE / LABORATOIRE / HÔPITAL

NOM .....

.....

ADRESSE .....

.....

C.P. | | | | | VILLE/PAYS .....

TÉLÉPHONE | | | | | | | | | | FAX | | | | | | | | | |

E-MAIL : .....

SIRET | | | | | | | | | | | | | | CODE APE | | | | |

EFFECTIFS ☐ - de 10 ☐ de 10 à 50 ☐ de 50 à 100 ☐ de 100 à 500 ☐ de 500 à 1000 ☐ + de 1000

RESPONSABLE D.R.H. - SERVICE FORMATION

NOM .....

TÉLÉPHONE | | | | | | | | | | FAX | | | | | | | | | |

PERSONNE RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION*

NOM .....

TÉLÉPHONE | | | | | | | | | | FAX 0 1 0 1 0 1 0 1 0 1

COORDONNÉES PRÉCISES DU FINANCEUR*

NOM .....

ADRESSE .....

.....

** si différent*

ODPC habilité à dispenser des programmes de DPC

RÉFÉRENCE DU STAGE	DATES DU STAGE	STAGIAIRE (en majuscules)	DATE DE NAISSANCE	FONCTION	MODE D'EXERCICE	REF*	ATTESTATION DPC
	Du : Au :	M. ☐ MME ☐ NOM : PRÉNOM : NOM DE NAISSANCE (si différent) : E-mail :		☐ Technicien ☐ Cadre ☐ Secrétaire ☐ Pharmacien ☐ Médecin ☐ Ingénieur/chercheur ☐ Employé ☐ Autres (précisez) :	☐ > 50% salarié ☐ > 50% libéral ☐ Centre de santé conventionné	RPPS : ADELI :	☐ OUI ☐ NON
	Du : Au :	M. ☐ MME ☐ NOM : PRÉNOM : NOM DE NAISSANCE (si différent) : E-mail :		☐ Technicien ☐ Cadre ☐ Secrétaire ☐ Pharmacien ☐ Médecin ☐ Ingénieur/chercheur ☐ Employé ☐ Autres (précisez) :	☐ > 50% salarié ☐ > 50% libéral ☐ Centre de santé conventionné	RPPS : ADELI :	☐ OUI ☐ NON
	Du : Au :	M. ☐ MME ☐ NOM : PRÉNOM : NOM DE NAISSANCE (si différent) : E-mail :		☐ Technicien ☐ Cadre ☐ Secrétaire ☐ Pharmacien ☐ Médecin ☐ Ingénieur/chercheur ☐ Employé ☐ Autres (précisez) :	☐ > 50% salarié ☐ > 50% libéral ☐ Centre de santé conventionné	RPPS : ADELI :	☐ OUI ☐ NON

Dans le cas d'**inscription à titre individuel**, merci de nous adresser un **chèque à l'ordre de BIOFORMATION** (facilités de paiement, nous consulter)

Toute modification à apporter suite à cette demande (changement de nom, annulation, ...) doit faire l'objet d'un document écrit (courrier, fax ou e-mail).

** A renseigner impérativement pour les Médecins et les Pharmaciens*

Le coût des **stages inter-entreprises** comprend l'intervention pédagogique et la documentation (Frais de restauration et d'hébergement à la charge du stagiaire).
Le coût des **Campagnes régionales** inclut l'intervention pédagogique, la documentation et les repas.