

Bulletin d'inscription

Déclaration d'activité enregistrée sous le n°
93 13 13909 13 auprès du préfet de
région Provence-Alpes-Côtes d'Azur

A retourner à Compétences Santé Développement
Par courrier : 50 Av du Dr Aurientis - 13100 Aix-en-Provence
Par e-mail : contact@competences-sd.fr

Formation

Intitulé :
Date (s) : du / / au / / Lieu :

Participant

Nom : Prénom :
Nom de naissance (si différent du nom) :
Etablissement :
Service :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. : Fax :
Email :

Informations nécessaires pour votre attestation DPC

Profession :

Médecin Pharmacien

Mode d'exercice dominant :

Salarié Libéral
 Mixte SSA Date de naissance : / / N°RPPS ou N° ADELI:

Prise en charge des frais d'inscription

Participant Service formation de l'établissement Autres :

Responsable formation : *Nom,prénom*.....
Service :
Tél. : Fax :
Email : Montant des frais d'inscription :€

Les frais d'inscriptions incluent la formation, le déjeuner et les documents remis au cours du stage.

Règlement

Virement bancaire à effectuer sur le compte suivant :

SG – 40 Cours Mirabeau – 13100 Aix-en-Provence
Code Banque : 30003 – **Code Guichet** : 03145 – **N° de compte** : 00020031690 – Clé : 32
IBAN : FR76 3000 3031 4500 0200 3169 032 **BIC – ADRESSE SWIFT** : SOGEFRPP

Tous les frais de virement sont à votre charge et l'objet du virement doit indiquer le nom du participant

Chèque

Libellé à l'ordre de Compétences Santé Développement à joindre au bulletin d'inscription

Fait à

Le

Signature et cachet de l'établissement

Obligatoire