

JAVA

26^e

JOURNÉE
D'ACTUALITÉ EN
VENTILATION
ARTIFICIELLE

Samedi 30 novembre 2019
de 8h30 à 17h30

BULLETIN D'INSCRIPTION 2019-2020

IDENTITE DU STAGIAIRE

Madame

Monsieur

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Portable :

Email :

Service :

Hôpital :

Profession :

Cadre réservé à l'administration

Référence Formatic :

> Programme disponible sur : <http://www.reamondor.aphp.fr/>

Participation aux ateliers (sans frais supplémentaires) :

Oui : Parcours A

Oui : Parcours B

Non

Mode de financement de la formation :

Autofinancement (Situation 1)

Formation financée par l'employeur ou un organisme financeur (Situation 2 et 3)

ACCORD DE PRISE EN CHARGE

ATTENTION :

Pour tout changement de mode de financement, vous vous engagez à prévenir le DUFMC par mail le plus rapidement possible : dufmc.fc@u-pec.fr

Situation n°1 : Vous financez votre formation à titre individuel

Frais d'inscription (comprenant le déjeuner)* :

Tarif paiement personnel	Avant le 1 ^{er} octobre 2019	Après le 1 ^{er} octobre 2019
Médecin/chercheur	85 euros	100 euros
Infirmier.e, Kinésithérapeute, Soignant.e et Interne	25 euros	30 euros

Situation n°2 : Votre formation est financée par votre employeur

Situation n°3 : Votre formation est financée par un organisme de financement autre que votre employeur (DIF, Fongecif, FIF-PL, FAF-PM, etc.)

Frais d'inscription (comprenant le déjeuner)* :

Tarif paiement institutionnel	Avant le 1 ^{er} octobre 2019	Après le 1 ^{er} octobre 2019
Médecin/chercheur	125 euros	150 euros
Infirmier.e, Kinésithérapeute, Soignant.e et Interne	45 euros	60 euros

*Veuillez cocher la case correspondante

SITUATION N°2

ACCORD DE PRISE EN CHARGE : EMPLOYEUR

Organisme privé

Organisme public

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Activité :

Dossier suivi par :

Email :

Tél : Fax :

N° de Siret :

Frais de formation

Signature et cachet *

* Ou le document de prise en charge du financeur

SITUATION N°3

ACCORD DE PRISE EN CHARGE : ORGANISME DE FINANCEMENT

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Activité :

Dossier suivi par :

Email :

Tél : Fax :

N° de Siret :

Frais de formation

Signature et cachet *

* Ou le document de prise en charge du financeur