Formulaire d'inscription aux programmes DPC 2018 de l'AFPA avec séminaire

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE

N° 1276

Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC
Retrouvez toute l'offre du DPC sur www.mondpc.fr

Programme n°12761800002 - Session 1
Formation des spécialistes ambulatoires à l'accueil des internes de spécialité dans leur cabinet de ville.
Vendredi 02 et samedi 03 février 2018 à TOURS

Rappel de la procédure pour s'inscrire aux programmes DPC :

1. PEDIATRES :Etre adhérent AFPA **:** www.afpa.org (paiement en ligne) ou envoyer le bulletin d'adhésion joint.
   AUTRES SPECIALITES, un droit d'inscription de 50 € par programme est demandé.
2. S'inscrire au programme choisi auprès de l'AFPA, en renvoyant ce bulletin d'inscription en complétant tous les éléments de la fiche ci-dessous.
3. S'inscrire au programme choisi sur votre compte de formation OGDPC www.mondpc.fr (cf. mode d'emploi sur site www.afpa.org).

Dans tous les cas :

Joindre un chèque de caution de 500€ à l'ordre de l'AFPA .Ce chèque sera détruit à l'issue de la formation. En revanche, compte tenu des frais d'organisation engagés, il sera encaissé par l'AFPA en cas d'annulation moins de 3 semaines avant la date de la formation, ou si vous ne réalisez pas la totalité de la formation.

Pour les séminaires de 2 jours indemnisables et ayant lieu en métropole :

⇒ Si vous habitez à plus de 100 km, la nuit intermédiaire dans un hôtel choisi par l'AFPA sera prise en charge sur inscription. Cochez la case Hôtel et joignez un chèque de caution de 120 € libellé à l'ordre de l'AFPA (il sera encaissé en cas d'annulation moins de 3 semaines avant la date de la formation ou de réservation faite mais non honorée par le participant). Les pauses et déjeuner sont offerts, le dîner reste libre et à votre charge.

⇒ Si vous habitez à moins de 100 km, l'AFPA peut vous réserver une chambre et vous demande une participation de 85€.

ÉCRIRE EN MAJUSCULES, UNE LETTRE PAR CASE, BIEN LISIBLEMENT

M.☐ Mme ☐ nom et prénom : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Adresse professionnelle : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I
I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Code postal : I _ I _ I _ I _ I _ I   Ville : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Tél. : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I   Portable : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I Fax : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

E-mail : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I @ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I *L'adresse mail est indispensable*

Préciser obligatoirement Mode d'exercice dominant > (50%) libéral ☐ OU **salarié** ☐

Et votre spécialité : Pédiatre ☐   Autre ☐

Spécialité : _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

N°ADELI : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I *sur feuille SS*

Date de naissance :   /   /19

N° R.P.P.S : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I *RPPS : Répertoire Partagé Professionnels de Santé, numéro à 11 chiffres*

Dossier d'inscription complet à adresser à :
Apôles Santé - Terres Neuves Bat 16. BP 152 - 33321 BEGLES Cedex