

BULLETIN D'INSCRIPTION (*écrire en lettres capitales SVP*) – **A RENVoyer A :**

SFMG - Dépt Formation - 141 avenue de Verdun - 92130 ISSY LES MOULINEAUX

CIVILITE : Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	TEL (professionnel) :
NOM :		Portable :
Prénom :		E-MAIL :
Date de naissance :		Discipline exercée :
Médecin libéral <input type="checkbox"/>	Médecin salarié <input type="checkbox"/>	N° RPPS :
Installé(e) <input type="checkbox"/>	Remplaçant(e) thésé(e) <input type="checkbox"/>	N° ADELI :
Retraité(e) actif <input type="checkbox"/>		Logiciel médical utilisé :
ADRESSE Professionnelle :		
CP :		
VILLE :		

Déclare :

- Etre enregistré(e) sur le site www.mondpc.fr , (c'est-à-dire avoir créé un « compte formation » auprès de l'Agence nationale du DPC (ex OGDPC). OUI NON

- Je ne suis pas enregistré(e) sur le site www.mondpc.fr et demande à la SFMG de le faire : je joins un RIB + copie de l'attestation de cotisation 2017 ou 2016 au Conseil de l'Ordre. OUI NON

➔ Documents à adresser pour valider votre inscription au programme :

- Une feuille de soins barrée, pour les généralistes installés
- Un chèque de 350 euros, à l'ordre de la SFMG, en caution de la ou des journées indemnisables. Rendu si vous achevez le programme en totalité.

2017 - Programme DPC choisi : _ _ _ _ _

Date :

Lieu :

Je désire bénéficier de la nuitée la veille de la formation : OUI NON

Pour les DPC de 2 jours, je désire bénéficier de la nuitée comprise entre les 2 jours de formation OUI NON

SI

2017 - Programme DPC choisi : _ _ _ _ _

Date :

Lieu :

Je désire bénéficier de la nuitée la veille de la formation : OUI NON

Pour les DPC de 2 jours, je désire bénéficier de la nuitée comprise entre les 2 jours de formation OUI NON

SI