**STAGIAIRE : Toutes les mentions sont obligatoires, sous peine de non validation de la prise en charge par l’ANDPC**

###### □ Mme □ M. Nom de naissance : ………… NOM :

Prénom : ………….. Date de naissance :

N° de sécurité sociale : |\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Adresse obligatoire :

Code postal : Ville :

Tél. professionnel : Tél. portable :

Email obligatoire (pour envoi convocation) :

Profession : ………………………………………………………………………………………………………………………………….… □ Médecin □ Pharmacien

Mode d’exercice dominant (>50%) : □ Salarié □ Libéral □ Hospitalier

□ Salarié d’un centre conventionné □ Service de santé des armées □ Mixte

N° RPPS ou ADELI :

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de cette/ces formation(s) :

**REGLEMENT**

□ Inscription à titre individuel

□ Inscription en parallèle sur le site de l’ANDPC, **joindre votre prise en charge forfaitaire ANDPC**

□ Inscription prise en charge par l’employeur, **renseigner l’attestation de prise en charge financière ci-dessous**

*Le règlement des frais d’inscription et de formation sera à effectuer à réception de la ou des facture(s) établie(s) par le service FOCAL de l’UCBL. Les factures seront adressées aux stagiaires (ou aux organismes prenant en charge la formation) en suivant l’échéancier indiqué sur le contrat ou la convention de formation professionnelle qui sera établi(e) à réception du bulletin d’inscription.*

**EMPLOYEUR : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

Je soussigné(e) agissant en qualité de :

Pour le compte de :

S’engage à régler à l’université Claude Bernard Lyon 1 l’inscription mentionnée ci-dessus :

Pour un montant de :

Numéro de SIRET de l’établissement : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| privé □ public □

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse de convention :      Nom du correspondant :  Tél :  Mail : | Adresse de facturation **Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, …) joindre un justificatif**        Tél :  Mail : …………………………………………………………………………………… |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INSCRIPTION** | Dates | Tarifs | Cocher 🡻 |
|  | **Jeudi 21 septembre 2017 – Niveau 1** | 250,00 € | □ |
|  | **Vendredi 22 septembre 2017 – Niveau 2** | 250,00 € | □ |
|  | **Jeudi 21 et vendredi 22 septembre 2017 – Niveau 1 et 2 *DPC*** | 500,00 € | □ |

**Date Signature du stagiaire Nom, signature et**

**cachet de l’employeur**