

# Bulletin de Pré-Inscription 2020

## ENTREPRISE / LABORATOIRE / HÔPITAL

NOM .....

ADRESSE .....

C.P. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] VILLE/PAYS .....

TÉLÉPHONE [ ] FAX [ ]

**E-MAIL :** .....

SIRET [ ] CODE APE [ ]

EFFECTIFS  - de 10       de 10 à 50       de 50 à 100  
 de 100 à 500       de 500 à 1000       + de 1000

RÉFÉRENCE DU STAGE	DATES DU STAGE	STAGIAIRE (en majuscules)	DATE DE NAISSANCE
	Du :  Au :	M. <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> NOM : ..... PRÉNOM : ..... NOM DE NAISSANCE (si différent) : ..... E-mail : .....	
	Du :  Au :	M. <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> NOM : ..... PRÉNOM : ..... NOM DE NAISSANCE (si différent) : ..... E-mail : .....	
	Du :  Au :	M. <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> NOM : ..... PRÉNOM : ..... NOM DE NAISSANCE (si différent) : ..... E-mail : .....	

Dans le cas d'inscription à titre individuel, merci de nous adresser un chèque à l'ordre de **BIOFORMATION** (facilités de paiement, nous consulter)

Toute modification à apporter suite à cette demande (changement de nom, annulation, ...) doit faire l'objet d'un document écrit (courrier, fax ou e-mail).

## RESPONSABLE D.R.H. - SERVICE FORMATION

NOM .....

TÉLÉPHONE [ ] FAX [ ]

## PERSONNE RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION \*

NOM .....

TÉLÉPHONE [ ] FAX [ ]

## COORDONNÉES PRÉCISES DU FINANCEUR \*

NOM .....

ADRESSE .....

.....

\* si différent



FONCTION	MODE D'EXERCICE	REF *	ATTESTATION DPC
<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Ingénieur/chercheur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : .....	<input type="checkbox"/> > 50% salarié <input type="checkbox"/> > 50% libéral <input type="checkbox"/> Centre de santé conventionné	RPPS : ..... ADELI : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Ingénieur/chercheur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : .....	<input type="checkbox"/> > 50% salarié <input type="checkbox"/> > 50% libéral <input type="checkbox"/> Centre de santé conventionné	RPPS : ..... ADELI : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Ingénieur/chercheur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : .....	<input type="checkbox"/> > 50% salarié <input type="checkbox"/> > 50% libéral <input type="checkbox"/> Centre de santé conventionné	RPPS : ..... ADELI : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\* A renseigner impérativement pour les Médecins et les Pharmaciens

Le coût des **stages inter-entreprises** comprend l'intervention pédagogique et la documentation (Frais de restauration et d'hébergement à la charge du stagiaire).  
 Le coût des **Campagnes régionales** inclut l'intervention pédagogique, la documentation et les repas.