

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Formation DPC du jeudi 25 janvier 2018 (1/2 journée)

### **INFORMATIONS PARTICIPANT :**

Mme  M.

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Date de naissance\* : .... / .... / .... E-mail\* : .....

N°RPPS ou ADELI (à remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)) :  
.....

Profession\* :  Médecin  Pharmacien  
 Technicien de laboratoire médical  Autre : .....

### **ETABLISSEMENT / EMPLOYEUR :**

Adresse\* : .....

CP\* : ..... Ville\* : .....

### **REPRÉSENTANT LÉGAL :**

Mme  M.

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Titre\* : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Nom du responsable administratif en charge des départs en formation\* : .....

Adresse mail du responsable administratif en charge des départs en formation\* : .....

### **REGLEMENT\* (Frais d'inscription de 50€ par participant pour la demi-journée de DPC) :**

**Paiement par chèque bancaire**, libellé à l'Ordre du Trésorier Principal de CHU de Nantes et retourné au Centre de Formation Permanente – Immeuble Deurbroucq, 5 allée de l'Île Gloriette, 44093 Nantes Cedex 1

**OU**

**Paiement sur facture par l'établissement/l'employeur :**

Le paiement interviendra après service fait, sur présentation par le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes d'un titre de recettes.

Fait à : ....., le .....

Signature et cachet de l'employeur :

### **A RETOURNER impérativement pour prise en compte de l'inscription au DPC :**

- par courrier : Centre de formation permanente, CHU de Nantes, Immeuble Deurbroucq, 5 allée de l'Île Gloriette, 44093 Nantes Cedex 1, ou

- par mail : [bp-cfp@chu-nantes.fr](mailto:bp-cfp@chu-nantes.fr)

*Sauf opposition de votre part, ces données sont informatisées afin de faciliter la gestion et l'organisation des formations. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectification.*