

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Tous les renseignements sont obligatoires pour valider le dpc

NOM et PRENOM du stagiaire :

Mail :@.....

Tel :

Prise en charge pour Personnel à Mobilité Réduite : OUI NON

Etes-vous Membre de l'ADHET (- 10%) ? OUI NON

ADELI n° : R.P.P.S. n° :

Médecin Pharmacien Biologiste IDE Tech de labo Autre :

RNCP : 3 4 5 6 7 8

Mode d'exercice > 50 % : Salarié Libéral Mixte Santé des Armés

Lieu d'exercice professionnel :

INTITULE DU STAGE :

.....

DATE : **LIEU :** **TARIF :**

ADMINISTRATION ou DIRECTION FINANCIERE <i>A compléter impérativement</i>	INSCRIPTION INDIVIDUELLE <i>A compléter par le stagiaire pour sa propre prise en charge</i>
Nom et adresse de l'administration ou Direction :	Nom, prénom (en majuscule) :
Nom du responsable :	Adresse :
e-mail :@.....	e-mail :@.....
"Bon pour accord" Fait à : le20..... (signature et cachet de l'administration)	Fait à le20..... (signature)

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :
retourner ce formulaire dûment complété et signé par mail, ou à :
 Secrétariat de l'A.D.H.E.T. - 95 rue P. Flourens, Parc Euromédecine II, Bât B, 34090 MONTPELLIER
Tel : 04 67 40 03 25 **e-mail :** info@adhet.org **site internet :** <http://www.adhet.org>
DROITS D'INSCRIPTION : voir tarif selon le programme de formation correspondant

HERBERGEMENT * : à la charge du stagiaire ou de son administration

Montpellier : **Hôtel du Parc** - 2 rue du Caducée - Tél : 04 67 52 43 33 / **Hôtel des Frênes**, 448 rue Puech Villa, Parc Euromédecine : Tel : 04 67 61 11 95
 CHU St-Eloi : **Hôtel des Troènes** - 17 avenue Emile Bertin Sans, 04 67 04 07 76 / **Hôtel François de Lapeyronie**, 80 rue Pétètes, Tel : 04 67 52 52 20
 * L'ADHET se tient à votre disposition pour organiser les modalités de participation aux formations pour les personnes à mobilité réduite

Réservation effectuée par le participant directement auprès de l'hôtel