

Infirmiers libéraux
FIF PL
Dossier d'inscription v2

Identification

Nom Prénom

Numéro Siret*

Date de naissance*(Jour/Mois/Année) (8 Chiffres) Département de naissance*

*répondent aux données obligatoires à fournir au FIF PL

Adresse personnelle

Code Postal..... Ville.....

Courriel (écrire en majuscules, merci)

☎ Fixe 📱 Mobile.....

Inscription

Pour valider votre inscription auprès de CEPFOR, merci de bien vouloir renvoyer

- Le dossier d'inscription complété avec vos choix de formation, sans oublier votre réservation d'hôtel.
- L'attestation 2018 de paiement des cotisations pour la formation continue délivrée par l'URSSAF.

Votre contact :
Mireille D'IVOLEY BOGGS
mireille.divoley@cepfor.com
☎ 05 31 61 59 40

Prise en charge

Prise en charge annuelle 2019 limitée à 1400€ par an et par professionnel.

Déjeuners offerts et pris en commun à proximité du lieu de formation.

Prise en charge des nuitées pour les professionnels qui résident à plus d'une heure de route du CEPFOR (sur la base de via michelin). La réservation est faite par le CEPFOR.

Vos ou votre choix

Je choisis de m'inscrire au(x) programme(s) suivant(s) :

Thèmes	Dates choisies	Le CEPFOR doit il vous réserver l'hôtel à Labège ?	Lieu de formation
		<input type="radio"/> Oui	CEPFOR
		<input type="radio"/> Non	700 L'Occitane 31670 LABEGE
		<input type="radio"/> Oui	CEPFOR
		<input type="radio"/> Non	700 L'Occitane 31670 LABEGE

O je ne souhaite pas que mon adresse soit utilisée à des fins commerciales

MENTIONS LEGALES

Les informations recueillies dans le cadre du présent document font l'objet d'un traitement informatique par Cepfor à des fins de gestion des relations avec ses clients et prospects.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant par courrier à : CEPFOR 700 l'occitane 31670 LABEGE / ou par e-mail à contact@cepfor.fr

*Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'inscription et de prise en charge du FIF PL.
Je m'engage à couvrir les éventuels dépassements que le FIF PL n'assurerait pas.*

Fait à

Le

Cachet du professionnel et Signature :