**BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION**

*A adresser par email :* *a.lourdou@aidersante.com* *ou par fax : 04 11 93 20 46*

**Nom – Prénom :**

**Adresse :**

**Code Postal : Ville :**

**Tél. : Port. : Fax :**

**Email :**

**Numéro Adeli (pour les professionnels concernés) :**

**Numéro RPPS (pour les professionnels concernés) :**

**Vous êtes** :

 [ ] Profession Libérale

 [ ] Salarié

[ ] Responsable

 [ ] Cadre

 [ ] Autre, merci de préciser :

**Votre métier :**

[ ] Néphrologues [ ] Médecins autres spécialités [ ] Médecins traitants

[ ] Infirmiers diplômés d’Etat [ ] Diététiciens [ ] Pharmaciens

[ ] Cadre infirmier [ ] ASH [ ] Cadres de santé

[ ] Aides-soignants [ ] Assistantes sociales [ ] Psychologues,

[ ] Préparateurs en pharmacie

**Société / Cabinet / Etablissement (si salarié) :**

**Adresse de l’établissement** :

**Vous êtes intéressé(e) par la formation dont l’intitulée est :**

**Date souhaitée de formation :**

**La formation sera prise en charge par :**

[ ] L’établissement (si salarié)

[ ] Vous-même

[ ] Un organisme financeur (OPCA)

 Nom de l’organisme :

 Adresse de l’organisme :

 Tél : Fax :

[ ] Par l’intermédiaire de l’OGDPC, Montant de la prise en charge OGDPC :

 **Commentaires / Questions** :

*Attention : Les sessions de formation ne seront maintenues que si un nombre minima de participants est atteint. Vous serez alerté préalablement à toute modification de calendrier.*