**BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION**

*A adresser par email :* [*a.lourdou@aidersante.com*](mailto: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.*