



FORMULAIRE D'INSCRIPTION STAGIAIRE

Merci de renseigner ci-dessous les informations nécessaires à votre inscription pour une formation organisée par Form'Avec.

IDENTITÉ

NOM : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Région du domicile : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

STATUT

Libéral

Salarié

Autre (Précisez) : _____

FORMATION A SUIVRE SOUHAITÉ

Soins non programmés en équipes de soins primaires ou dans le cadre d'une CPTS (2 jours)

Accompagner un patient insuffisant cardiaque en équipe de soins primaires (1 jour)

Avez-vous déjà suivi une formation avec Form'AVEC ?

OUI

NON

Comment avez-vous connu Form'Avec ?

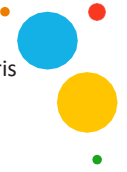
Par la fédération régionale

Site internet

Newsletter

Rencontres

Autre (précisez) : _____



Merci de renseigner ci-dessous les informations nécessaires à votre inscription pour une formation organisée par Form'Avec.

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Etes-vous éligible au DPC ?

- OUI
 NON

Si oui, avez-vous besoin d'un accompagnement dans le cadre de votre inscription à la formation sur le portail de l'ANDPC ?

- OUI
 NON

Dans le cas où vous n'êtes pas éligibles au DPC, quel autre moyen de financement envisagez-vous ? (un justificatif vous sera demandé)

- Financement personnel
 Financement sur les fonds propres de votre structure
 Financement par l'employeur (si vous êtes salarié)
 Autre OPCO (précisez) :
-

Un devis vous sera envoyé suite à la réception de ce formulaire , veuillez le renvoyer par mail à l'adresse suivante : formavec@avecsante.fr

Formulaire à retourner par mail à

formavec@avecsante.fr – Téléphone : 01 40 13 60 81