



## Bulletin d'inscription

Intitulé de la formation : .....

Date de la session : .....

M.  Mme  Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

Email : .....

Profession médicale  Profession paramédicale  Autre : .....

**Mode d'exercice dominant (>=50%) :**  Salarié  
 Mixte  
 Libéral  
 Autre : .....

A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI ( arrêté du 27 mai 1998 – Journal officiel du 17 juillet 1998).

N° RPPS : ..... N° ADELI : .....

### Le coût pédagogique sera à régler :

- par chèque (à l'ordre de l'AGENT COMPTABLE DE l'IFPVPS) le premier jour de la formation ou
- par virement (Trésor Public 10071/83000/00001007258/23 TPTOULON) dès réception de l'avis des sommes à payer.

**A RETOURNER AU**  
**Centre de Formation**  
**Continue de l'IFPVPS**  
**ZI Toulon-Est**  
**BP 074**  
**83079 LA GARDE CEDEX 9**

Dans le cas d'une prise en charge par un établissement ou une société, merci de remplir les renseignements complémentaires ci-dessous

Nom Prénom	Fonction	Mail

Organisme / Etablissement : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

Email : .....

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

**CACHET DE L'ETABLISSEMENT**  
  
Pris en charge par un établissement

### NOUS CONTACTER



Téléphone 04 94 58 58 22 - 04 94 14 64 08  
Messagerie formationcontinue@ifpvps.fr  
Internet www.ifpvps.fr/formation-continue

**FORMATION CONTINUE**