

## Tous les champs sont indispensables pour valider votre inscription

Nom : Prén	om :	1)
Profession : Médecin généraliste Médecin ophtalmolo	ogue 🗌 Médecin psychiatre	Formation : Date :
☐ IDE ☐ Kiné ☐ Podologue ☐ Pharmac	cien 🗌 Préparateur en pharmacie	Ville :
Autre profession :		
Exercice : Libéral (au moins à 50%) Salarié Mixt	e (au moins 50% d'activité salariée)	Formation :
Date de naissance :		Date :
N°RPPS :	i:	Ville :
Adresse:		3)
Code postal :Ville :		Formation :
Port :Tél :		Date :
Email:		Ville :
Je suis en situation de handicap		
Cette information nous permettra de vous accueillir dans les meilleures conditions.		
Elearning :		Mois :
Elearning :		Mois:
Elearning :		Mois :

Vos choix de formations



## Besoin d'une aide pratique? Contactez-nous au 02 98 46 44 97 - www.chem-sante.fr - secretariat@chem-sante.fr

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires pour la validation de votre inscription auprès des organismes financeurs et du CHEM. Elles font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez l'exercer veuillez vous adresser à secretariat@chem-sante.fr Organisme de formation enregistré sous le n° 53290421529 auprès du préfet de la région Bretagne